

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ORIENTANDO O AUTOCUIDADO
SEGUNDO DOROTHEA OREM :
UM INCENTIVO AO PACIENTE CRÔNICO

N.Cham. TCC UFSC ENF 0247
Autor: Getemias, Rosimeri
Título: Orientando o auto cuidado segund

972523076 Ac. 241416
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0247
Ex.1

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996

ROSIMERI GEREMIAS

SAMIRA D'AVILA VIEIRA

**ORIENTANDO O AUTO CUIDADO
SEGUNDO DOROTHEA OREM :
UM INCENTIVO AO PACIENTE CRÔNICO**

*Relatório da prática assistencial
apresentado à disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada, pertencente a VIII
Unidade Curricular do Curso de
Graduação em Enfermagem.*

Orientadora: Silvia Maria Azevedo dos Santos

Supervisoras: Edma Maria Gonzaga de Azevedo
Iloi Lurdes Giunta

Florianópolis, Dezembro de 1996



Pelo companherismo e amizade ...

AGRADECIMENTOS

É chegada a hora de finalizar mais uma etapa em nossas vidas. A caminhada foi árdua, vários foram os impecilhos e os atalhos enganosos, contudo, valeu o percurso. Conhecemos pessoas que nos impulsionavam a seguir em frente e a caminhar sempre com alegria, tivemos aqueles que nos estenderam a mão e dividiram conosco o peso das dúvidas e incertezas. Encontramos aqueles que simplesmente nos olharam e sorriram, mas que este gesto serviu de luz para iluminar a nossa caminhada.

Assim, chegou a hora de agradecer. Agradecer a todos que de uma maneira ou de outra contribuíram para chegarmos até aqui. E destes agradecemos especialmente:

- A Deus, pelo dom da vida e pelos sopros de coragem que nos impulsionaram em seguir a caminhada na busca de mais uma conquista.

- Aos nossos pais. Como agradecer a pessoas tão ilustres que mesmo distantes se fazem presentes? Que são capazes, através de duas ou três palavras via telefone, acalantar tantos desencantos. Que são em todos os momentos o porto seguro, a mão forte, os amigos dignos de toda confiança. Enfim, se olharmos para a trajetória de conclusão desta etapa, observamos tanto de vocês quanto de nós mesmas. Assim, simplesmente podemos dizer obrigada, hoje e sempre.

- Aos nossos irmãos e amigos, pelo estímulo, apoio e demonstrações de carinho durante a realização deste.

- A nossa professora, orientadora e especialmente amiga, Silvia Maria Azevedo dos Santos, pelas ricas contribuições e sugestões ao trabalho, além das demonstrações de carinho e preocupação, que constantemente revitalizavam a busca de conhecimentos e valorizavam a nossa caminhada.

- As enfermeiras Edma e Iloi, pelo companheirismo e amizade desprendidos durante as atividades práticas em campo.

- A Ivalda, pelas noites de sono e os dias de tranquilidade perdidos em prol da digitação do nosso relatório. Parte deste, também é seu.

- A equipe de enfermagem do 6º andar do Hospital Governador Celso Ramos, por nos ter acolhido com tanta alegria.

- Aos pacientes que contribuíram com desprendimento para o nosso aprendizado e dividiram conosco as suas experiências e expectativas de vida.

Enfim, a todos que permitiram ser possível a realização deste, nossos agradecimentos.

RESUMO

Este trabalho trata-se do relatório final do Projeto Assistencial da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido de setembro a novembro de 1996, pelas acadêmicas ROSIMERI GEREMIAS e SAMIRA D'AVILA VIEIRA, na Unidade de Clínica Médica do Hospital Governador Celso Ramos. Teve por objetivo principal assistir o paciente portador de doença crônica, internado em Unidade de Clínica Médica e a nível domiciliar, visando minimizar seu tempo de permanência hospitalar e maximizar seu tempo de permanência a nível domiciliar, através da promoção do autocuidado. Selecionamos, para a implementação de nossas atividades, a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea E. Orem, por entendermos que esta se adaptaria melhor ao trabalho proposto. Utilizamos ainda o Método Pedagógico de Paulo Freire, com o intuito de facilitar a operacionalização da Teoria de Orem frente a realidade sócio econômica e cultural de nossa clientela. Acreditando que um dos papéis fundamentais da enfermeira em sua prática assistencial seja o de "educadora em saúde", primamos por desenvolver, durante o período de estágio, atividades educativas individuais e coletivas, a fim de favorecer a implementação do autocuidado. Com este mesmo propósito, aplicamos o Processo de Enfermagem junto a quatro pacientes, portadores de doenças crônicas, hospitalizados no referido campo de estágio. Propusemos-nos em acompanhar dois dos pacientes selecionados em ambiente domiciliar, após a obtenção do consentimento destes e dos familiares, conseguindo desta forma, observar a efetivação prática das nossas orientações. Acompanhamos ainda, a organização estrutural das atividades administrativas do campo de estágio, tendo a oportunidade de identificar as facilidades e dificuldades do funcionamento deste. Concluimos que, apesar das dificuldades e limitações que apresentaram-se durante o período de estágio, é possível e necessário voltarmos as nossas atenções aos estados crônicos de saúde, haja visto, que estes tendem a apresentarem-se cada vez mais precocemente.

SUMÁRIO

1 -	INTRODUÇÃO	1
2 -	REVISÃO DA LITERATURA	4
3 -	MARCO TEÓRICO	23
	3.1 - Conhecendo a Teorista	23
	3.2 - Teoria Geral de Enfermagem de D.Orem.....	24
	3.3 - Definição de Termos	32
	3.4 - Método Pedagógico de Paulo Freire -.....	40
4 -	OBJETIVOS	45
	4.1 - Objetivo Geral	45
	4.2 - Objetivos Específicos	45
5 -	METODOLOGIA	47
	5.1 - Características do Local	47
	5.2 - População Alvo	52

5.3 - Proteção dos Direitos Humanos	54
5.4 - Processo de Enfermagem Segundo Orem	54
6 - APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	59
7 - APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E VISITAS DOMICILIARES	118
8 - ATIVIDADE EDUCATIVA	165
8.1 - Atividade Educativa 1	165
8.2 Atividade Educativa 2	169
8.3 Atividade Educativa 3	173
9 - ATIVIDADE NÃO PREVISTA QUE SURTIU NO DECORRER DO ESTÁGIO	179
10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	184
12 - ANEXOS	187

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata do relato da prática assistencial vivenciada pelas autoras em campo de estágio, quando da implementação do projeto, a fim de atender a exigência da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, disciplina esta integrante da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Como campo de estágio, optamos pela unidade de Clínica Médica localizada no 6º andar do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), visto que esta unidade contemplava o proposto em nosso projeto. Contamos com a supervisão das enfermeiras EDMA MARIA GONZAGA DE AZEVEDO, responsável pela coordenação da Unidade e ILOI LURDES GIUNTA, enfermeira assistencial.

Para orientação de nosso trabalho, escolhemos a professora mestre em Enfermagem, SILVA MARIA AZEVEDO DOS SANTOS.

O estágio foi realizado no período de 05.09.1996 a 18.11.1996, com a carga de 244 horas, em 50 dias, mantendo uma média semanal de 25 horas. Acrescemos a esta carga horária, 68 horas de encontros com a orientadora para elaboração do projeto e relatório final, 12 horas de participação em eventos e 130 horas destinadas a reuniões para estudo.

Nosso interesse particular em trabalhar junto a indivíduos portadores de doenças crônicas internados em unidade de clínica médica, deu-se ao longo do curso a partir de nossas observações acerca da relação estabelecida entre enfermeira - paciente crônico hospitalizado. Apesar de nossa pouca experiência profissional, podemos perceber que por meio desta relação é possível obter-se inúmeros benefícios para ambos os elementos envolvidos. Verificamos ainda, que os benefícios ao paciente são muito mais acentuados e

significativos quando a enfermeira envolvida nesta relação, assume uma postura profissional comprometida com a promoção do autocuidado dos pacientes.

Conviver com uma doença crônica, cuja instalação determina mudanças físicas, sociais e psicológicas, levando muitas vezes, a uma hospitalização, torna-se uma realidade com a qual tanto o paciente quanto seus familiares precisam saber lidar. Assim, faz-se necessário, instrumentalizar paciente e família com o intuito de que consigam adequar seus hábitos de vida a esta realidade.

Cientes da importância de tal ação, acreditamos que o profissional verdadeiramente comprometido é aquele que preocupa-se com a aprendizagem significativa dos indivíduos, seja ela a nível de prevenção, promoção ou manutenção da saúde. Frente a isto concordamos com ALONSO (1994) quando coloca que “enquanto uma educadora em saúde, ..., é essencial que a enfermeira procure desenvolver com profundidade o seu autoconhecimento, refletindo sobre sua própria visão de mundo, procurando estabelecer com os indivíduos e/ou grupos de trabalho, relações interpessoais autênticas, estar e demonstrar-se comprometida com as reais necessidades de saúde-doença e com a libertação dos indivíduos, contextualizando estes em sua cultura e sociedade”.

Escolhemos pois, trabalhar com pacientes crônicos internados em Clínica Médica, por acreditarmos que seja possível desenvolver junto a estes, uma prática voltada para o autocuidado, com o objetivo de minimizar o tempo de internação, maximizar sua permanência domiciliar com melhor qualidade de vida e consequentemente, diminuir suas reinternações.

Assim, optamos por trabalhar com a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, por ser este referencial que melhor aborda as questões do autocuidado. Segundo OREM (1985), “todo ser humano tem o potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas e a motivação essencial para o autocuidado e o cuidado de membros dependentes”.

Acreditamos que na assistência a pacientes crônicos é fundamental a participação dos mesmos, principalmente, se utilizamos como referencial a Teoria do Autocuidado, na

qual desloca-se dos profissionais de saúde o poder sobre a definição da demanda terapêutica necessária.

Conforme proposto por OREM, percebemos que é fundamental compartilhar com o paciente portador de doença crônica, o planejamento e a implementação das ações de saúde, a fim de que ele possa assumir efetivamente seu autocuidado. Entretanto, para que pudéssemos implementar uma prática de saúde usando a participação do paciente, sentimos a necessidade de adequar a Teoria do Autocuidado de OREM, nos moldes e perfil de nossa sociedade, onde a cultura vigente encontra-se voltada ao clientelismo, paternalismo e assistencialismo.

A prática social nos seus mais diferentes seguimentos, está a nos provar que não basta impor às camadas populares um comportamento padrão, seja lá em que aspecto da vida for. Antes, é necessário e urgente que se promova a “conscientização” das pessoas, em especial daquelas que tiveram ao longo de sua vida menos oportunidades de desenvolver seu potencial. Trabalhando as suas próprias experiências, desenvolverão a confiança e a certeza de que o comportamento a ser adquirido será de grande valia para sua saúde, uma vez que este resultará em economia de tempo, recursos financeiros e no aumento do seu bem estar. Tendo por certo isto, decidimos utilizar o método pedagógico de PAULO FREIRE para melhor operacionalizar a Teoria do Autocuidado de OREM à realidade sócio-econômica e cultural dos pacientes com os quais trabalhamos. FREIRE (1978) prega que a educação autêntica não se faz de “A” para “B” ou de “A” sobre “B”, mas de “A” com “B”, mediatizados pelo mundo”.

Fundamentadas nestes princípios, cumprimos, com a realização deste estágio, onde atuamos junto aos pacientes portadores de doença crônica e seus familiares.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

Com o avanço da ciência e da tecnologia na área da saúde, obteve-se um aumento significativo na esperança de vida da população em geral. Porém, em contrapartida o processo de industrialização e urbanização determinou mudanças acentuadas no estilo de vida das pessoas, expondo-as cada vez mais a fatores de risco ambientais e comportamentais. Tal contexto ocasionou uma mudança no quadro de saúde da população, passando esta a conviver não só com doenças infecciosas como também com as crônico - degenerativas numa proporção significativa (adaptado de MACHADO 1995).

Conforme dados do Ministério da Saúde apud MACHADO (1995), houve uma inversão nos quadros de morbi-mortalidade da população, com redução acentuada das doenças infecciosas e aumento insidioso das doenças crônico - degenerativas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. O documento do Ministério da Saúde, apud MACHADO (1995), Controle de Doenças Crônicas - Degenerativas da Rede de Serviço de Saúde, destaca a crescente importância das doenças no país, a partir da década de 60, com 24,3% dos óbitos ocorrendo na faixa etária de 20 a 49 anos, comprometendo significativamente a população economicamente ativa do país. Em vista destes dados, as doenças crônicas passaram a representar problemas relevantes de saúde, pois muitas vezes levam a incapacitação progressiva, além de apresentarem altas taxas de morbi-mortalidade em idades cada vez mais precoces.

No que se refere a incidência de doenças crônicas em Santa Catarina, TRENTINI et al (1988) apud MACHADO (1995), encontraram, a partir de um estudo nos Serviços de Saúde em Florianópolis, 4958 pacientes adultos com doenças crônico-degenerativas, sendo que destes, 50,8% apresentavam doenças cardio-vasculares, 12,1% doenças respiratórias, 9,0% neoplasias e 8,9% diabetes mellitus.

Outro dado relevante detectado neste estudo, foi que 39,2% dos pesquisados tinham entre 15 e 50 anos, representando um elevado percentual de pessoas em idade ativa já acometidas por doenças crônicas. Tal estudo demonstra que o quadro epidemiológico de Santa Catarina não difere do resto do país.

BURISHE e BRADLEY (1983) apud MACHADO (1995), detalharam as características específicas dos determinantes da doença crônica quanto à causa, as doenças crônicas geralmente estão associadas ao estilo de vida do indivíduo. Quanto as percepções que o indivíduo portador de doença crônica tem a respeito das anormalidades que vêm ocorrendo no seu organismo ou função (identidade da doença), este pode não apresentar sintomas claros até que a doença esteja num estágio mais avançado, para ele a doença pode não ter causa concreta. Quanto ao resultado, as doenças crônicas com ou sem tratamento apropriado, seguem os indivíduos ao longo de sua vida, ainda que haja diferenças na qualidade de vida a depender de várias influências, entre elas, o tratamento.

Segundo vários autores referenciados no estudo de SANTOS (1990), as doenças crônicas de maior incidência, principalmente em indivíduos acima de 41 anos são:

a) "Cardiovasculares - entre elas a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular, cardiomiopatia, aterosclerose, cor pulmonale.

b) Doenças respiratórias - como a tuberculose pulmonar, e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), sendo que esta última engloba o enfisema pulmonar, a asma e a bronquite crônica.

c) Neoplasia - incluindo-se aqui os diferentes tipos de câncer

d) Diabetes Mellitus

e) Doenças do aparelho digestivo - tais como úlcera pépticas, colelitíase, cirrose hepática, gastrite atrófica

f) Doenças do sistema musculoesquelético - como artrite, osteoartrose e osteoporose

g) Doenças Neurológicas - mal de Parkinson, demências, doença de Paget

h) Doenças renais - como insuficiência renal crônica, pielonefrite crônica, glomerulonefrite crônica”.

Em nosso trabalho os pacientes que adequaram-se aos critérios de seleção eram portadores de Diabetes Mellitus, AVC isquêmico, Síndrome Nefrótica e Bronquite Crônica; o que implicou na revisão destes conteúdos para que pudéssemos desta forma implementar a assistência e as orientações para o autocuidado.

Diabetes Mellitus

“O Diabetes Mellitus é um problema crônico de saúde, atualmente incurável que resulta de defeitos na ação ou na secreção de insulina. Trata-se de um grupo heterogêneo de problemas anatômicos e químicos, caracterizado por elevados níveis de glicose no sangue. Além do problema inicialmente observado de metabolismo dos carboidratos, as pessoas com Diabetes Mellitus apresentam também um déficit em sua conversão de proteínas e gorduras”. (HOOD & DINCHER - 1995).

Embora a etiologia do Diabetes Mellitus ainda seja desconhecida, há, provavelmente, diversas causas. Fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento dessa doença, são a hereditariedade, o ambiente e o estilo de vida. Acredita-se atualmente, que o diabetes se desenvolva como consequência da contribuição de fatores de risco.

Segundo BRUNNER (1994), existem vários tipos diferentes de Diabetes Mellitus. Eles podem diferir na causa, curso da doença e tratamento. As principais classificações do Diabetes incluem: Diabetes tipo I insulino-dependente e Diabetes tipo II não insulino dependente.

Os sintomas do Diabetes Mellitus, resultam de uma deficiência de insulina. A deficiência se deve a diminuição ou absoluta falta de insulina, ou ainda como uma consequência de resistência à ação da insulina a nível celular. A falta de insulina utilizável causa hiperglicemia, um elevado nível de glicose no sangue. Por outro lado, um nível anormalmente baixo de glicose no sangue, caracteriza uma hipoglicemia. Estas, hiper e hipoglicemia, são as complicações agudas mais frequentes do diabetes.

O diabetes tráz, comumente, complicações crônicas. Esta patologia constitui a maior causa de “doenças macrovasculares (doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica), doenças microvasculares (retinopatia e nefropatia) e neuropatias (neuropatia sensório-motora e neuropatia autônoma)” (BRUNNER, 1994).

Uma vez que não existe cura ou prevenção conhecidas para o Diabetes Mellitus, a detecção e o tratamento cuidadoso constituem as interações terapêuticas atuais. As pessoas portadoras de Diabetes, tornam-se condutores de uma doença crônica, formando parceria com os agentes de saúde que prescrevem a terapia e/ou cuidado. As intervenções de Enfermagem precisam ser orientadas para auxiliar os pacientes a conviver, com sucesso, com esta doença, de modo que as complicações maiores sejam evitadas. A criatividade, a sinceridade e o compromisso com a educação para o autocuidado por parte das enfermeiras, podem ser a diferença entre um regime de impossível aceitação pelo paciente, e outro que leve em conta as diferenças individuais e culturais, onde este possa melhor adequar o plano terapêutico à sua realidade concreta (adaptado de HOOD & DINCHER, 1995).

As intervenções de Enfermagem, no caso das pessoas que estão com diabetes, estão voltadas ao diagnóstico e tratamento de suas reações reais e potenciais, tanto a doença, quanto ao seu regime de tratamento. Assim, várias atividades fazem parte do atendimento de Enfermagem ao paciente diabético. Veja a seguir os cuidados de Enfermagem que fazem parte do plano de atendimento, adaptado de HOOD & DINCHER. (1995).

- Monitorar os níveis de glicose no sangue (nível normal em jejum: de 80 a 120 mg/dl)
- Promover estado nutricional, através de uma dieta planejada para o diabetes
- Monitorar os sinais vitais
- Pesar o paciente
- Estimular níveis moderados de atividade que reduzam os níveis de açúcar no sangue
- Testar a cetonúria, caso a glicose do sangue esteja além de 240 mg/dl
- Caso o paciente esteja tomando hipoglicêmicos orais, observar efeitos adversos, como náusea, vômito, exantema, fotossensibilidade e intolerância ao álcool

- Observar sinais de cetoacidose diabética, como náusea, vômito, rubor facial, perda de peso, polidipsia e testes positivos de açúcar na urina

- Oferecer apoio emocional para o paciente e familiares

- Educar o paciente e a família, quanto à fisiopatologia básica e controle do diabetes

- Fomentar a independência no controle do autocuidado

- Avaliar o estado de saúde, as funções psicossociais e o apoio social do paciente

- Observar e registrar sinais de hipo e hiperglicemia

- Utilizar os meios devidos para prevenir complicações especialmente, o pé diabético

- Avaliar a capacidade do paciente e de pessoas próximas a ele de compreender e integrar suas atividades relacionadas ao diabetes, como parte da vida cotidiana

- Colaborar com o paciente, a família e os médicos para identificar um plano terapêutico que proporcione o melhor controle metabólico possível, dentro das limitações da capacidade e aceitabilidade do paciente

- Decidir quanto à melhor implementação do plano, de modo que os pacientes se tornem independentes nas técnicas de autocontrole, logo que possível, sem que fiquem sobrecarregados.

- Incorporar o plano terapêutico do local em que é cuidado o paciente ao plano individualizado de cuidados do paciente. Por exemplo, utilizar os resultados laboratoriais com os dados sobre a glicose do sangue, de modo que os pacientes consigam contar como se sentem, em relação aos níveis variados de glicose, e aqueles que fazem testes de urina possam aprender sobre seu limite renal.

- Promover a confiança e a independência do paciente, na execução das atividades cotidianas de sua doença

- Avaliar o nível de habilidade do paciente, bem como sua habilidade para o autocuidado, de modo que o plano de cuidados possa ser aperfeiçoado

- Cooperativamente, determinar as expectativas quanto aos resultados do paciente, em relação ao grau de controle metabólico a ser alcançado, responsabilidades específicas do paciente e de seus familiares, em casa, e os mecanismos para avaliar o controle do diabetes, facilidade/dificuldade do regime e cumprimento do plano terapêutico de autocuidado

- Orientar o paciente e família acerca da técnica de preparo e aplicação da insulina

- Incentivar o paciente a preparar e aplicar a insulina

- Orientar paciente e família acerca da importância do rodízio das aplicações subcutâneas de insulina.
- Orientar e estimular que paciente e família identifiquem sinais de reação à insulina, tais como diaforese (transpiração excessiva), dor de cabeça, taquicardia e ansiedade
- Orientar e estimular que paciente e família identifiquem comprometimentos locais em decorrência da insulino-terapia.
- Orientar e incentivar paciente e família a realizarem monitoração dos níveis glicêmicos, após alta hospitalar, utilizando testes de glicemia e glicosúria.

Acidente Vascular Cerebral

“É uma perda abrupta da função cerebral, resultante da interrupção do fluxo sanguíneo para determinada parte do encéfalo. Com frequência, este é o resultado final de vários anos de evolução de doenças vasculares cerebrais crônicas”(BRUNNER, 1994).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) costuma ter uma das causas a seguir: trombose, embolia cerebral, isquemia e hemorragia cerebral.

Vale ressaltar, segundo MACHADO (1995), que “os fatores de risco para as doenças cerebro-vasculares, envolvem a presença de determinadas características pessoais e de algumas condições mórbidas de caráter crônico”, que comprometem direta ou indiretamente o funcionamento normal do organismo (ex. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial).

Um AVC pode causar déficits neurológicos mais diversos, dependendo da localização da lesão (ou sejam, de quais vasos encontram-se obstruídos), das dimensões da área isquemiada e do volume da circulação colateral. É digno de nota o fato de que o encéfalo, uma vez lesado, não será mais totalmente restaurado.

Os principais déficits neurológicos que podem ocorrer são a nível motor (hemi-plegia, hemi-paresia, disfagia), a nível de comunicação (disartria, disfasia ou afasia e apraxia) e a nível sensitivo (hemianopsia e perda da propriocepção).

Para HOOD & DINCHER (1995), “pacientes acometidos de AVC vivenciam uma mudança tão drástica no funcionamento do corpo que pode ser algo avassalador. Embora o intelecto desses pacientes costume permanecer intacto, seus organismos não mais reagem

de acordo com seus desejos. Suas auto-percepções foram respectivamente alteradas podendo-se esperar reações emocionais”.

Nos últimos anos ocorreram mudanças radicais no manejo e cuidados de Enfermagem de pacientes com AVC. Com uma reabilitação ativa, muitos pacientes podem tornar-se totalmente independentes. A extensão da recuperação depende da localização e da gravidade do AVC. “Nem todos os pacientes recuperar-se-ão para uma vida útil, alguns permanecerão cronicamente incapacitados, até o fim de suas vidas (HOOD & DINCHER, 1995). Comumante, ocorrendo alguma evidência de recuperação, nas primeiras semanas, o quadro é favorável. Uma abordagem intensiva de uma equipe de saúde interdisciplinar oferecerá ao paciente a melhor oportunidade de recuperar a função perdida. A família e o paciente, constituem parte integral do programa terapêutico, devendo ser incluídos no plano de cuidados.

Os cuidados básicos a serem implementados junto ao paciente com AVC, estão relacionados a seguir.

- Controlar sinais vitais
- Avaliar nível de consciência
- Promover cuidados de prevenção a lesões de pele
- Colocar objetos ao alcance do paciente, e próximo ao lado não afetado
- Encorajar o paciente a desenvolver exercícios de mobilização ampla (passiva e quando possível ativa), no lado afetado.
- Encorajar o alinhamento anatômico do corpo.
- Exercitar o membro intacto, a fim de aumentar a mobilidade, a força e o uso do mesmo.
- Apoiar o paciente, durante a fase inicial da deambulação
- Proporcionar auxílios à deambulação (andador, muletas e bengala)
- Permitir ao paciente, tempo suficiente para responder à comunicação verbal
- Apoiar o paciente e sua família, no intuito de avaliar a frustração relacionada à dificuldade de comunicação.
- Testar os reflexos faríngeos do paciente, antes de lhe oferecer alimentos sólidos ou líquidos
- Assistir o paciente durante as refeições

- Orientar para que o paciente utilize um tempo maior, se necessário, para fazer suas refeições

- Instruir o paciente a evitar o uso do membro afetado por parestesia e hemiplegia como dominante em alguma tarefa ou função.

- Propiciar fisioterapia (passiva e ativa) das áreas comprometidas, e empregar medidas corretivas ou de suporte, conforme necessário.

- Falar pausadamente e de forma clara, a fim de ajudar o paciente na formação de sons;

- Falar de forma clara, formando frases simples e se necessário utilizar gestos ou figuras

- Reorientar com frequência o paciente no tempo no espaço e na situação

- Usar linguagem simples e “descomplicada” com o paciente

- Minimizar ruídos e ambientes que provoquem distração, enquanto estiver orientando o paciente

- Apoiar o paciente no período de adaptação à nova condição de saúde

- Incentivar para que, dentro dos seus limites, o indivíduo promova seu autocuidado.

- Estimular o paciente a participar de atividades recreativas e reuniões em grupo

- Encorajar o paciente a expressar as sensações e frustrações relacionadas a doença de base

- Promover a readaptação do paciente ao ambiente familiar

- Orientar e esclarecer dúvidas dos familiares acerca do estado de saúde doença do paciente

- Estimular a participação dos familiares na promoção do autocuidado do paciente

- Questionar o paciente e familiares a possibilidade de se fazer arranjos na infraestrutura do domicílio para receber adequadamente o paciente pós-alta.

- Orientar quanto as possíveis modificações a serem realizadas no domicílio

Síndrome Nefrótica

BRUNNER (1994) afirma que “a Síndrome Nefrótica resulta de um grupo de doenças glomerulares associadas ao aumento da permeabilidade do glomerulo às proteínas. Frequentemente não se observam alterações da estrutura renal na microscopia óptica”.

A manifestação primária da doença é a perda de proteínas plasmáticas, particularmente albumina, na urina o que leva a uma hipoalbuminemia. A consequente redução da pressão oncótica, leva ao edema generalizado. Uma redução do volume sanguíneo circulante ativa o sistema renina-angiotensina, levando a retenção de sódio e edema adicional. Os pacientes com Síndrome Nefrótica também apresentam uma hiperlipidemia, cuja causa é desconhecida.

A Síndrome Nefrótica pode ocorrer em quase todas as doenças renais intrínsecas ou doenças sistêmicas que afetam o glomérulo. As causas incluem glomérulo nefrite crônica, diabetes mellitus com glomeruloesclerose intercapilar, amiloidose do rim, oclusão coronariana, lúpus eritematoso sistêmico e trombose da veia renal.

Para que seja melhorada ou controlada a condição imposta pela doença deve-se, paralelo ao tratamento da Síndrome Nefrótica, tratar a doença associada a esta.

Os cuidados de Enfermagem para o paciente portador de Síndrome Nefrótica, assemelham-se aos cuidados para pacientes com insuficiência renal crônica. Abaixo, estão relacionados os cuidados básicos da Enfermagem:

- Controlar sinais vitais
- Observar alterações do estado cardíaco
- Observar evidências iniciais de anormalidades neurológicas
- Controlar peso diário (pesar sempre no mesmo horário e preferencialmente em jejum).
- Controlar débito urinário nas 24 horas
- Observar e descrever turgor cutâneo e presença de edema
- Estimular para que a dieta seja cumprida conforme prescrição médica
- Explicar para paciente e família o motivo das restrições de determinados alimentos e líquidos
- Indicar uma ingesta hídrica de no máximo 500 a 600 ml acima do débito urinário das 24 horas
- Auxiliar o paciente a adaptar-se aos desconfortos resultantes das restrições hídricas e alimentares
- Observar alterações hidroeletrólíticas e sinais de deterioração da função renal

- Promover a independência nas atividades de autocuidado dentro da tolerância do paciente
- Incentivar e alternar atividade com repouso
- Avaliar as respostas do paciente (e família) e as reações a doença e seu tratamento.
- Incentivar o paciente e a família a expressar preocupações e reações as modificações produzidas pela doença e seu tratamento.
- Auxiliar o paciente na busca de informações e prestar orientações acerca do seu estado de saúde-doença
- Fornecer informações claras e realistas ao paciente e família, sobre a doença e sua evolução, tratamento e a importância de seu comprometimento com os mesmos.

Bronquite Crônica

A Bronquite Crônica é definida por BRUNNER (1994) como “a presença de uma tosse produtiva, que perdura por três meses a um ano, por dois anos consecutivos. A Bronquite Crônica está principalmente associada ao fumo de cigarro e à exposição à poluição”.

O principal problema do paciente é a produção abundante de exudato inflamatório, que enche e obstrui os bronquíolos e é responsável pela tosse produtiva e persistente, além da dispnéia.

Pacientes com Bronquite Crônica apresentam suscetibilidade aumentada às infecções recidivantes do trato respiratório inferior.

Por causa da natureza incapacitante da Bronquite Crônica, todo esforço é direcionado para a sua prevenção. Um importante aspecto é a prevenção de irritantes respiratórios (em particular o tabaco do fumo).

Os principais objetivos do tratamento do paciente são manter a permeabilidade da árvore brônquica periférica, facilitar a remoção dos exudatos brônquicos e evitar as incapacidades. Para tanto, cabe a enfermagem prestar uma assistência adequada, que promova uma rápida recuperação. Abaixo, citamos alguns cuidados de Enfermagem que podem ser implementados junto ao broncopata crônico:

- Controlar sinais vitais
- Instruir e encorajar o paciente na respiração diafragmática e na tosse eficaz
- Administrar oxigênio conforme prescrito
- Observar sinais de hipoxia (agitação, ansiedade, sonolência, cianose ou taquicardia).
- Analisar os gases sanguíneos arteriais e comparar com os valores basais.
- Avaliar e descrever alterações no nível de consciência
- Oferecer e estimular a ingestão de líquidos sob livre demanda ao paciente, caso ele não seja portador de problemas cardíacos.
- Orientar e auxiliar na administração de tratamento com nebulizador
- Realizar drenagem postural com percussão e vibração pela manhã e à noite ou conforme prescrição médica.
- Incentivar o paciente a evitar irritantes brônquicos, como a fumaça de cigarros, aerossóis, extremos de temperatura e fumos.
- Observar e descrever características das expectorações (cor, odor, espessamento, quantidade).
- Ensinar e incentivar o paciente a fazer a fisioterapia respiratória.
- Encorajar a alternância da atividade com período de repouso
- Incentivar o paciente a praticar atividades que envolvem seu autocuidado
- Orientar paciente e família para a promoção do autocuidado
- Ensinar o paciente a identificar precocemente os sinais de infecção: secreção brônquica aumentada, com coloração e viscosidade alterada, tosse aumentada e dificuldade respiratória.
- Orientar paciente e família para que evitem situações que implicam em agravos da condição crônica de saúde do paciente.

Segundo BELAND & PASSOS (1979) apud MACHADO (1995), a doença é um evento que interrompe temporária, permanente ou progressivamente o equilíbrio fisiológico, psicológico e social de um indivíduo.

A doença crônica tem sido definida como doença de longa duração, cuja evolução frequentemente é lenta e a cura é incompleta (MARCONDES et al, 1983 apud MACHADO, 1995).

A definição de doença crônica apresentada pela National Commission on Chronic Illness de 1956, caracterizá-a como “Todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica irreversível, requerem treinamento especial do paciente para sua reabilitação e talvez requeiram um longo período de supervisão, observação e cuidado”(TRENTINI, 1992).

A doença crônica, na percepção de OREM, trata-se de um desvio de saúde, que exige por parte dos responsáveis pelo cuidado e principalmente por parte do indivíduo portador desta doença, conhecimento, autodisciplina e na maioria das vezes mudanças nos hábitos de vida (adaptado de GEORGE, 1994).

Entendemos por doença crônica uma circunstância ou problema de saúde que instala-se ao longo de um período de tempo, levando a alterações no funcionamento normal do organismo, o que ocasiona prejuízos substanciais, sejam imediatos ou potenciais, ao indivíduo portador desta. Contudo não se pode omitir os aspectos psicológicos e contextuais que permeiam uma situação crônica de saúde tanto a nível individual quanto coletivo. A doença crônica envolve mudanças complexas no estilo de vida de seus portadores ocasionando muitas vezes um futuro incerto a estes. A imprevisibilidade é uma característica da doença crônica, em termos de sintomas, eficácia do tratamento, esperança de remissões futuras e de novidades médicas.

Não são raras as intercorrências no estado de saúde dos pacientes portadores de doença crônica, que os submetem a uma hospitalização, que por si só já caracteriza um estresse grave. A internação hospitalar, embora necessária e, com frequência salve a vida, coloca os indivíduos em um ambiente desconhecido e assustador, onde se sentem vulneráveis e na maioria das vezes dominados, submetidos ao poder de decisão de pessoas desconhecidas.

Segundo MOOS (1984) apud BRUNNER (1994), os principais esforços que o paciente crônico tem de enfrentar devido a doença, além de controlar o estresse dos procedimentos terapêuticos e da hospitalização são:

- a) “enfrentar o desconforto, a incapacitação e os sintomas da doença;
- b) desenvolver e manter relacionamentos adequados com a equipe de saúde;
- c) preservar sua auto-imagem satisfatória e manter uma sensação de competência e domínio;
- d) pesar as sensações desconfortáveis causadas pela doença e pelo tratamento;
- e) manter relações com a família e os amigos, apesar da mudança de papel;
- f) preparar-se para um futuro incerto, no qual a perda, a morte ou a recuperação são possibilidades”.
- g) enfrentar o estresse emocional, o medo, a insegurança e a incerteza quanto ao futuro próximo;
- h) submeter-se ao afastamento da família, amigos, emprego e às perdas financeiras.

No entender de TRENTINI, MACHADO e VIEIRA DA SILVA (1990) apud MACHADO (1995), a saúde é um processo dinâmico de relação entre o ser humano e seu contexto, oportunizando-lhe condições dignas de vida. Para as referidas autoras, isto implica no acesso à educação, informação, serviços de saúde, moradia, lazer, emprego, liberdade de expressão ... sentimentos de realização e aceitação sem discriminação pela sociedade. Esta postura é contrária aos conceitos tradicionais de que a doença é o oposto de saúde, ou não ter saúde. Assim, mesmo frente a uma doença crônica é possível ao indivíduo manter uma relação harmoniosa com seu ambiente, sentir-se saudável e manter qualidade de vida.

Para isso, porém, é preciso que o indivíduo portador de doença crônica adquira e desenvolva conhecimentos acerca de seu estado-saúde-doença de forma consciente, crítica e contextualizada.

Na sociedade atual segundo LUIZ apud NORONHA (1986) o interesse pelo lucro e pela acumulação de bens por parte de uma minoria tem acabado por levar a maior parte das pessoas a serem expropriadas de grande parte dos seus direitos, inclusive o de decidir e o de como cuidar de sua própria vida e, mais especialmente, de sua saúde. Para que a pessoa

possa decidir sua saúde e se cuidar é fundamental que ela esteja mobilizada a utilizar sua própria consciência crítica (NORONHA, 1986).

Cabe, pois, a enfermeira enquanto educadora em saúde, comprometida com uma aprendizagem significativa dos indivíduos, instrumentaliza-los de forma que consigam desenvolver suas próprias potencialidades e busquem uma nova maneira de pensar e agir, proporcionando a superação de seus problemas de saúde através do autocuidado (adaptado ALONSO, 1994)

Segundo o Capítulo IV do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem é “dever” destes profissionais, conforme os artigos 24, 26 e 27 respectivamente.

- Prestar à clientela uma Assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

- Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer

- Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar.

✕ Para a promoção do autocuidado efetivo, o profissional de saúde, deve primeiro promover a conscientização da importância deste por parte do paciente. A conscientização implica em liberdade de “decisão” e participação efetiva. ✕

Uma das premissas do autocuidado é a decisão e, em tese, qualquer pessoa em lucidez pode decidir e raciocinar acerca de seu corpo, seus interesses e seu próprio bem-estar e o da coletividade. O autocuidado não é uma atividade individualista da relação enfermeira / paciente. Engloba muito mais que isso e implica numa visão do coletivo. A adoção desta teoria (do autocuidado) não significa apenas uma transposição de ensinamentos técnicos do profissional para o paciente, e sim implica em adaptações, esforços, acertos e erros, respeitadas as características culturais (NORONHA, 1994).

Para decidir e participar como sujeito de seu processo vital e “terapêutico”, o paciente necessita estar preparado, instrumentalizado, o que implica em mudanças na forma pela qual a equipe de saúde presta a assistência, para que saindo da visão tradicional de educação possa implementar a educação para o autocuidado.

A visão tradicional de educação em saúde, geralmente, corresponde mais aos interesses da classe profissional, do que aos interesses do paciente, pois, além de fornecer informações insuficientes que podem limitar comportamentos de cuidados à saúde, não consideram um dos aspectos mais necessários para o desenvolvimento da competência do paciente para o autocuidado, o nível cognitivo deste.

*“A educação para o auto-cuidado, tem as seguintes características: a) inicia-se a educação geralmente antes do risco; b) os objetivos decorrem das necessidades e preferências percebidas pelo indivíduo; c) os conteúdos, similarmente são determinados pelo cliente; d) o educador usa métodos apropriados para desenvolver habilidades específicas ou estratégias, relacionadas com a resolução de problemas incluindo principalmente aquelas técnicas que visam estimular circunstâncias de identificação de problemas. A educação para o auto-cuidado considera que é a partir da identificação do problema que começa o poder de controle sobre a saúde, e não a partir do mecanismo de resolver problemas” (CHIRINOS, 1988).✕

Segundo HELMAN (1994) os fatores culturais (hábitos de vida, crenças e valores, organização política e estrutural da sociedade) podem atuar como causa, contribuição ou proteção no que se refere aos problemas de saúde, além de serem de relevante importância no processo ensino-aprendizagem dos indivíduos.

Este autor fez um apanhado geral de alguns destes fatores a saber:

Situação econômica

Este fator envolve questões como: distribuição de riquezas, numa sociedade; as condições financeiras do grupo de amostra com relação ao restante da sociedade; as condições de renda se são suficientes para moradia, alimentação e vestuário adequados; os valores culturais associados à riqueza, pobreza, emprego e desemprego, bem como a unidade econômica básica (para aquisição, acumulação e divisão de riquezas) - se é individual, familiar ou comunitária.

Estrutura Familiar

Inclui: se a regra consiste em famílias nucleares ou extensas; o grau de interação, união e apoio mútuo entre os membros da família; se a ênfase recai principalmente em conquistas individuais ou familiares; se a responsabilidade pela educação infantil, provisão de alimentos e cuidados com os mais velhos, doentes ou doentes terminais - é dividida ou não entre os membros da família.

Papéis de Gênero

Envolve a divisão do trabalho entre os sexos, especialmente aquela que determina quem deve trabalhar e quem deve permanecer em casa, preparar a comida e cuidar das crianças; os direitos, obrigações e expectativas sociais associados às funções dos dois papéis de gênero; as crenças culturais sobre o comportamento adequado para cada gênero (tais como a determinação de que o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e conduta competitiva são “naturais” nos homens, mas não nas mulheres); e o grau de “medicalização” do ciclo de vida feminina.

Higiene pessoal

Negligência ou estimulação da higiene pessoal, realização frequente de rituais com banhos e purificações, instalações privadas ou coletivas para o banho.

Condições de moradia

Inclui construção, localização e divisão interna do espaço habitacional; ocupação desse espaço por membro da mesma família, clã ou tribo; número de ocupantes em cada peça, casa ou cabana (o que pode influenciar a disseminação de doenças infecciosas e agravamento de doenças crônicas).

Condições de Saneamento

Envolve principalmente os métodos de escoamento das excreções humanas, e se este ocorre próximo a residências, provisões de alimentos ou reservatórios de água.

Alterações na imagem do corpo

Inclui mutilações ou alterações corporais sancionadas culturalmente, tais como a circuncisão masculina ou feminina, escarificação, tatuagem, perfuração de orelhas e lábios, etc. Ainda, valorização ou desvalorização cultural de determinadas formas corporais - como a magreza, altura ou obesidade, especialmente entre as mulheres.

Atividade de Lazer

Inclui as várias modalidades de esporte e recreação, hábitos de exercício físico, como a relação destes com riscos a doença ou tratamento destas.

Alimentação

Preparo, armazenamento e conservação dos alimentos; utensílios utilizados no cozimento e armazenamento dos alimentos; classificação simbólica de alimentos e não-alimentos, alimentos sagrados e profanos “frios” ou “quentes”, independente de seu valor nutritivo; se a regra consiste em hábitos de vegetarianismo ou alimentação carnívora; adoção de dietas especiais durante a gravidez, lactação, menstruação e doença; manias e modismos relacionados à dieta; e o uso de gêneros alimentícios ocidentais nas comunidades não-ocidentais, como um sinal de “modernização” (com alto teor de sal, gordura e alto nível de carboidratos refinados).

Vestuário

Inclui as determinações culturais sobre os tipos de vestuário apropriados para homens e mulheres, assim como para ocasiões especiais; modas do vestuário, tais como o uso de vestidos ou espartilhos apertados, sapatos de “plataforma” ou de saltos altos - que podem estar associados à incidência de determinados problemas e doenças; e uso de adornos e acessórios, tais como cosméticos, jóias, perfumes e tintas para cabelo, os quais também podem, às vezes, causar doenças de pele. O uso de vestidos longos, cobrindo quase todo o corpo, pode predispor a determinadas condições. Por exemplo, UNDERWOOD e UNDERWOOD apud HELMAN (1994) relacionam o uso de vestido longo e véu pelas mulheres no Iêmen, bem como o seu confinamento em haréns, ao índice elevado de osteomalácia, tuberculose e anemia.

Profissões

Este fator envolve a escolha de profissões semelhantes ou diferentes para homens e mulheres; os valores sociais que determinam se algumas profissões são reservadas a determinados indivíduos, famílias ou grupos dentro da sociedade... ; uso de determinadas técnicas, tais como métodos tradicionais para caça, pesca, agricultura e mineração - que estão associados ao alto índice de mortes por acidente, traumas ou doenças infecciosas, além de algumas profissões modernas, comuns no mundo industrializado, também associados a determinadas doenças (tais como pneumoconiose em mineiros de carvão, câncer de bexiga em tintureiros, ou silicose em polidores de metal).

Religião

Este fator trata da religião - se esta é caracterizada por uma visão de mundo coerente e reforçadora; se exige práticas tais como jejum, privações de determinados alimentos, imersões rituais, festas comunitárias, automutilações e flagelações.

Estratégias de automedicação e terapias leigas

Envolve todos os tratamentos utilizados nos setores informal e popular, como remédios herbóreos, medicamentos industrializados, dietas especiais, manipulações corporais, injeções e sangrias. Os tratamentos leigos que ocorrem em rituais públicos (ao invés de consultas privadas) podem predispor à disseminação de doenças infecciosas. Determinadas terapias alternativas, como a acupuntura, por exemplo, podem implicar na transmissão de hepatite B.

As seções descritas resumem alguns fatores culturais que podem ser de especial relevância para as epidemiologias.

Tais fatores devem ser sensivelmente explorados e considerados pelo educador em saúde para que este possa melhor adequar as orientações para o autocuidado à realidade vivenciada pelo educando.

Essas informações serão alteradas e ampliadas no momento da Visita Domiciliar, pois através desta o profissional terá oportunidade de interagir com o paciente em seu meio ambiente.

A Visita Domiciliar possibilita conforme NOGUEIRA & FONSECA (1977) apud PADILHA e cols (mimeo) “o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto, caracterizado pelas condições de habitação, ou pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos importantes fatores a serem identificados para a prestação de assistência integral à saúde e promoção do autocuidado”.

Acreditamos, que a realização de Visitas Domiciliares por parte do profissional de saúde a pacientes portadores de doenças crônicas, aumentam consideravelmente as chances de adesão dos pacientes ao seu autocuidado, pois possibilita ao profissional em conjunto com o mesmo, adequar de forma mais fidedigna as orientações à realidade concreta destes indivíduos.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

Teoria de Enfermagem, para MELEIS (1985) apud SILVA (mimeo) é “uma conceituação articulada e comunicada da realidade criada ou descoberta (fenômenos centrais e interrelações), dentro ou pertinente à enfermagem para os propósitos de descrição, explicação, predição ou prescrição de cuidados de enfermagem”.

Neste ^{sentido} ^{com o objetivo} ^{resp.} ^{colocar} íterim, visando implementar uma assistência voltada para o incentivo ao autocuidado a ^{resp.} pacientes crônicos enquanto hospitalizados e a domicílio, selecionamos os conceitos elaborados por DOROTHEA OREM, em sua Teoria Geral de Enfermagem, para direcionarem a organização dos conhecimentos à nossa prática.

Descreveremos a seguir a Teoria selecionada com o intuito de colocar o leitor a par dos princípios que nortearam nosso trabalho.

3.1 - Conhecendo a Teorista

Dorothea Elizabethe Orem, nascida em 1914 na cidade de Baltimore, Maryland, iniciou seus estudos de enfermagem na Escola de Enfermagem da Providenci Hospital em Washington concluindo estes em 1930. Tornou-se Bacharel em Ciências da Educação para enfermagem em 1939 e mestre em Enfermagem em 1945, na Catholic University of America.

Durante o período de 1958 a 59, foi consultora para a secretaria de Educação do Departamento de Saúde, Educação e bem estar, onde participou de um projeto para aperfeiçoar o treinamento em enfermagem prática.

A partir deste projeto, Dorothea Orem começou a dar verdadeira atenção ao questionamento: “Qual a condição existente numa pessoa, quando essa pessoa ou outras, determinam que aquela deve submeter-se a cuidados de enfermagem?”. Sua proposta

incluiu a idéia de que o enfermeiro é um “outro eu”. Isso se expandiu para seu conceito de “enfermagem de autocuidado”, sendo este publicado pela primeira vez em 1959.

Em conjunto com catedráticos da Catholic University of America, Dorothea Orem formou um Nursing Model Committee (Comitê Modelo de Enfermagem) em 1965. Um setor do Nursing Model Committee continuou seu trabalho em 1968, através do Nursing Deselopment Conference Group (NDCG) - (Grupo de Conferência para o Desenvolvimento da Enfermagem).

Posteriormente, Orem desenvolveu seus conceitos de autocuidado, publicado, em 1971, o Nursing : Concepts of Practice, onde centralizou seu foco no indivíduo. Em 1980, publicou sua segunda edição ampliando seus conceitos para incluir unidades multipessoais (família, grupos e comunidades). Sua terceira edição foi publicada em 1985, onde apresentou sua Teoria Geral de Enfermagem, formada por três construtos teóricos: (1) Teoria do Autocuidado, (2) Teoria dos Déficits do Autocuidado e (3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Dorothea Orem, trabalha desde 1970 como consultora em enfermagem e educação para enfermagem na firma Orem e Shields em Maryland.

Ao longo de sua vida profissional, Orem recebeu inúmeros prêmios nacionais, entre eles o de Doutora Honorária em Ciências pela Georgetown University Washington em 1976 e o Alumni Achievement Award for Nursing Theory, pela Catholic University of America, em 1980.

3. 2 - Teoria Geral de Enfermagem de OREM

Segundo DOROTHEA OREM “a Enfermagem tem como especial preocupação, a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recupera-se de doença e/ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos” (GEORGE, 1993).

A teoria elaborada por DOROTHEA OREM compõem-se de três construtos que interrelacionam-se, descritos a seguir conforme SILVA et al (1996):

Construto Teórico do Autocuidado

Este construto engloba o autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado.

Idéia Central: o autocuidado (self-care) e o cuidado de dependentes são comportamentos que regulam a integridade estrutural humana, seu funcionamento e o desenvolvimento, e denota a relação existente entre as ações deliberadas de autocuidado de membros maduros ou não de um grupo social e seu próprio desenvolvimento, tanto quanto a relação entre cuidado contínuo de membros de uma família e seu funcionamento e desenvolvimento.

OREM apresenta 3 categorias de requisitos ou exigências do autocuidado, sendo que estes requisitos de autocuidado podem ser definidos como ações voltadas para a provisão do autocuidado. São eles: universais, desenvolvimentais e de desvios de saúde.

- Autocuidado Universal: é o autocuidado solicitado por todos os indivíduos em todo o ciclo de sua vida em relação a todas suas necessidades básicas.

As partes componentes do autocuidado universal são divididas em 5 sub-categorias, que variam com idade, atividade, estado de saúde e fatores ambientais:

1. Ar, água, alimento - São os recursos vitais para continuidade da vida, para o crescimento e desenvolvimento, reparo dos tecidos do corpo e para o funcionamento humano integrado.

Os recursos essenciais relativos aos elementos ar, água e alimento para ação de autocuidado são:

- estabelecer a quantidade de cada recurso solicitado para o funcionamento integral do organismo, ajustando os fatores internos e externos;
- preservar a integridade das estruturas anatômicas e psicológicas;
- apreciar as experiências agradáveis de respirar, beber e comer, porém sem abusos que levam a doença ou ausência de bem-estar.

2. Eliminações - incluem: urina, transpiração, excreções do aparelho respiratório, fezes, fluxo menstrual e líquido seminal.

Os recursos essenciais relativos a eliminação para ação de autocuidado são:

- ajuste de atividade e fornecimento de condições internas e externas para regular processos de eliminação;
- proteção das estruturas e mecanismos envolvidos na eliminação;
- cuidados higiênicos das superfícies e partes do corpo subsequente às eliminações;
- cuidado do meio conforme necessidade para manter condições saudáveis.

3. Atividade e Repouso

Atividade: é principalmente a ação física e intelectual.

Repouso: é um processo associado com o descanso e restauração do funcionamento normal após atividade desgastante.

Os recursos essenciais relativos a atividade e repouso para ação do autocuidado são:

- conhecer e selecionar os processos metabólicos, energia física e psíquica, interrelacionamentos sociais, para manutenção de equilíbrio;
- reconhecer e atender as manifestações das necessidades de repouso e atividade;
- respeitar as necessidades e capacidades pessoais com relação à cultura do indivíduo para atividade e repouso.

4. Solidão e Interação Social

Os recursos essenciais relativos a solidão e interação pessoal para ação do autocuidado, devem ser providos de qualidade e equilíbrio de experiências que:

- permitam o desenvolvimento das capacidades individuais para a interação social;
- estimulem o desenvolvimento e ajuste contínuo;

- previnam contra danos na personalidade.

5. Risco de vida e bem-estar:

É necessário autocontrole, controle das condições ambientais, assistência especializada para prevenção e proteção dos riscos de vida e manutenção e recuperação do bem estar.

De acordo com DUPAS et al (1994), apud SILVA et al (1996), existem algumas proposições e pressuposições que devem ser consideradas para o alcance do autocuidado universal, citaremos a seguir as que correspondem a nossa proposta.

- Proposições

O autocuidado e o cuidado a membros dependentes da família são ações deliberadas executadas sequencialmente para se conseguir conhecer as necessidades de cuidados. Os requisitos para o autocuidado, tem suas origens nos seres humanos e seu ambiente. Alguns requisitos para o autocuidado são comuns a todos os seres humanos; outros são específicos aos estados de saúde dos indivíduos.

Os requisitos universais de autocuidado e as maneiras para conhecê-los podem ser modificados por idade, sexo ou o estado de desenvolvimento e saúde do indivíduo.

Um sistema de autocuidado ou cuidado de dependentes pode ser composto de cursos de ações para encontrar os requisitos universais de cuidado e os requisitos associados com os estados de desenvolvimento ou de saúde.

- Os sistemas de autocuidado ou de cuidado dependente são criados pelas ações que os indivíduos selecionam e executam a fim de conhecer as necessidades especiais.

- O conhecimento do sistema de autocuidado ou de cuidado dependente resulta de ações deliberadas executadas anteriormente ou da observação das ações de outras pessoas.

- Pressuposições

- Todo ser humano tem o potencial para desenvolver suas habilidades intelectuais e práticas e a motivação essencial para o autocuidado e o cuidado de membros dependentes.

- As maneiras de se conhecer as necessidades de autocuidado (processo de autocuidado, tecnologia e prática) são elementos culturais e variam de acordo com os indivíduos e grupos sociais maiores.

- O autocuidado e o cuidado de dependentes são formas de ações deliberadas, que são afetadas pelo repertório individual de sua predileção por executar tarefas em certas circunstâncias.

- A identificação e descrição dos requisitos para o autocuidado e o cuidado de dependentes, nos levam a investigar e desenvolver maneiras de conhecermos estes requisitos.

- Autocuidado Desenvolvimental: Inicialmente esta categoria foi sub-somada à categoria do autocuidado universal, sendo separada posteriormente para enfatizar sua importância e necessidades apresentadas durante estágio do desenvolvimento humano.
- Autocuidado nos Devisos de Saúde:

Desvios de saúde geram sensações de enfermidade e de impotência ao funcionamento normal do organismo. Estas sensações estão direta ou indiretamente ligadas a natureza do desvio da saúde, o que influenciará na escolha das ações. Quando uma mudança no estado de saúde traz dependência total ou parcial, em relação as necessidades de manutenção da vida, a pessoa muda da posição de agente do autocuidado para o de paciente ou receptor de cuidado.

Os recursos essenciais relativos a doença, ferimento, impotência ou deformidade, para as ações de autocuidado, são:

- ajustar os meios de encontrar as necessidades de autocuidado universais;
- estabelecer novas técnicas de autocuidado;
- modificar a auto-imagem;
- revisar a rotina da vida diária;
- desenvolver um novo estilo de vida, compatível com os efeitos do desvio da saúde;

- lidar com os efeitos do desvio da saúde ou do cuidado médico usado no diagnóstico e/ou tratamento.

Construto Teórico do Déficit de Autocuidado

O construto teórico do déficit de autocuidado delineia quando há necessidade de Enfermagem.

Idéia Central: as pessoas podem requerer o serviço de Enfermagem porque elas estão sujeitas a limitações de saúde que as tornam incapazes de cuidar de si mesmas ou de dependentes, o que resulta em cuidado incompleto e não efetivo.

OREM identifica cinco métodos de ajuda:

- ajudar ou fazer para o outro;
- guiar o outro;
- apoiar o outro (física ou psicologicamente);
- proporcionar um ambiente que provoca o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;
- Ensinar o outro.

A enfermeira pode ajudar o indivíduo, utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer assistência com autocuidado.

De acordo com DUPAS et al (1994) apud SILVA et al (1996), existem proposições e pressuposições que devem ser consideradas para o alcance dos déficits de autocuidado.

- **Proposições:**

- As pessoas que agem para fornecer cuidado a si mesmas e a dependentes tem habilidades especializadas para ação.

- As habilidades individuais de se enganjar no cuidado de si mesmo ou do cuidado dependente são condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiências de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis.

- Pressuposições:

- - Autocuidado requer auto administração.
- - O autocuidado, como uma forma de auto-regulação, é necessário para a vida em si, para a saúde, para o desenvolvimento humano e para o bem-estar geral.
- ↙ - O autocuidado e o cuidado de dependentes reside nas capacidades culturais de um grupo social e na educabilidade de seus membros.
- As operações de auxílio direto de membros dos grupos sociais, quando institucionalizadas, tornam-se os meios de ajudar as pessoas em estado de dependência social.
- Os serviços de auxílio direto instituídos em grupos sociais para fornecer assistência às pessoas, incluem os serviços de saúde.
- A Enfermagem tem sido e é um dos serviços de saúde das civilizações do Ocidente.

Construto Teórico dos Sistemas de Enfermagem

Este construto destaca a maneira como as necessidades de autocuidado do paciente serão satisfeitas pela enfermeira, pelo paciente ou ambos.

Idéia Central: Os sistemas de Enfermagem são formados quando as enfermeiras usam suas habilidades para prescrever, elaborar e fornecer cuidados para os pacientes (como indivíduos ou como grupos), executando ações e sistemas de ação. Essas ações ou sistemas regulam o valor ou exercício da capacidade dos indivíduos para se enganjar em autocuidado e encontrar os requisitos do indivíduo terapeuticamente.

OREM identificou 3 classificações de sistemas de Enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do paciente: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

O plano e os elementos do sistema de Enfermagem definem a amplitude da responsabilidade da enfermeira; os papéis gerais e específicos de enfermeiras e pacientes; as razões para as relações das enfermeiras com pacientes e as espécies de ações a serem executadas.

- O Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório está representado por uma situação em que o indivíduo é incapaz de “ empenhar-se naquelas ações de autocuidado que exigem locomoção auto dirigida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade”.
- O Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório - está representado por uma situação em que “tanto a enfermeira quanto o paciente executam medidas ou outras ações de cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção ... Tanto o paciente quanto a enfermeira podem exercer o papel principal na execução de medidas de cuidados”.
- O Sistema de Enfermagem de Apoio-Educação - Nele, a pessoa consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna e externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio.

De acordo com DUPAS et al (1994), apud SILVA et al (1996) existem algumas proposições e pressuposições, que devem ser consideradas para implementar o sistema de Enfermagem mais eficaz para o paciente.

- Proposições

- As enfermeiras se relacionam e interagem com pessoas que ocupam o “status” de pacientes.
- Os pacientes têm requisitos de autocuidado projetados e existentes.
- Os pacientes têm deficiências existentes ou projetadas para encontrar seus próprios requisitos de autocuidado.
- As enfermeiras determinam os valores correntes e mutantes dos requisitos dos pacientes, selecionam processos e tecnologias válidas e confiáveis para se conhecer estes requisitos, e

formular os cursos de ação necessários para o uso de processos selecionados ou tecnologias que encontrarão requisitos de autocuidado identificados.

- As enfermeiras determinam os valores correntes e mutantes das habilidades dos pacientes para encontrar seus requisitos usando processos específicos e tecnologias.
- As enfermeiras estimam o potencial dos pacientes para moderar o engajamento em autocuidado, para objetos terapêuticos ou para desenvolver ou refinar as habilidades de se engajar em cuidados agora ou no futuro.
- Enfermeiras e pacientes agem juntos para atribuir os papéis de cada um na produção de cuidados e na regulação das capacidades de cuidado dos pacientes.
- Os sistemas de Enfermagem são constituídos pelas ações das enfermeiras e as do paciente que regulam a capacidade de autocuidado do paciente ao encontro de suas necessidades.

- **Pressuposições**

- A Enfermagem é um serviço de auxílio.
- A Enfermagem é uma forma complexa de ação deliberada, executada pela enfermeira durante algum tempo por causa de outros.

3.3 - Definição de Termos

“Conceitos são representações mentais ou abstratas da realidade, em outras palavras, são marcas ou nomes, dados, objetivos, idéias, enfim tudo o que existe no universo” (CHIN & JACOBS 1993 apud SILVA et al).

Apresentamos a seguir os conceitos elaborados por OREM acerca dos seguintes termos:

- **Ser Humano**

Na concepção de OREM, o ser humano é uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema

(OREM, 1971). OREM (1985) apud SILVA et al (1996), acredita que o ser humano é um ser que tem necessidade de autocuidado e que o mesmo é responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si próprio e de seus dependentes.

OREM apud SILVA et al (1996) acrescenta ainda, que o mesmo se distingue de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e usar criações simbólicas (idéias, palavras), através do pensamento, da comunicação e da ação, em seu próprio benefício ou de outros. OREM acredita que os indivíduos possuem potencial para a aprendizagem e o desenvolvimento. A maneira pela qual um indivíduo satisfaz suas necessidades de autocuidado não é instintiva; trata-se, sim, de um comportamento aprendido.

Neste estudo, ser humano é o indivíduo adulto, portador de doença crônica, que possui capacidade de raciocínio e reflexão, podendo agir, interagir e promover seu autocuidado, a fim de restabelecer a saúde e mantê-la em níveis satisfatórios.

• Meio Ambiente

No modelo teórico proposto por OREM, o meio ambiente como um conceito separado, tem sido considerado como relativamente insignificante (JOHNSTON, 1983) apud SILVA et al (1996). Tal interpretação depende-se de fato ser este considerado um sub-conceito de ser humano. Ser humano e meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. Dentro desta teoria meio-ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas-ambientais e pelo impacto que um exerce sobre o outro.

As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio-ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de auto cuidado (OREM, 1971, 1980, 1985) apud SILVA et al (1996). O meio ambiente, segundo OREM, é controlado pelo ser humano através da utilização de tecnologias a fim de satisfazer suas necessidades. Cabe ao ser humano, portanto, escolher o curso de ação que ele julga ser benéfico para o seu próprio funcionamento e promover a integração com o meio ambiente (OREM, 1971) apud SILVA et al (1996).

Tendo por objetivo prestar orientações para o autocuidado ao paciente crônico enquanto hospitalizado, consideramos para este trabalho, o hospital como sendo o meio-ambiente deste indivíduo, onde ele deverá ser capaz de promover sua “integração” usando dos meios e tecnologias que lhe são disponíveis, primando, assim pelo seu restabelecimento. Porém, não menosprezando em momento algum o meio ambiente natural deste indivíduo, ou seja, seu lar, seus locais de trabalho e de encontros sociais, pois só desta forma poderemos interagir com maior profundidade com estes indivíduos.

- **Sociedade**

O conceito de sociedade é explicado por OREM (1971) apud SILVA et al (1996), como um grupo de pessoas que vivem juntas numa mesma área, cidade ou distrito sob as mesmas leis. Este grupo, segundo OREM, é constituído de indivíduos e famílias que compartilham, não somente uma área e ambientes comuns, mas também interesses comuns nas instituições que governam e regulam seus processos de vida. A teorista acrescenta ainda que as comunidades variam de tamanho e características dependendo da localização geográfica e climática, desenvolvimento industrial e as oportunidades de trabalho e ocupação.

Certas características como costumes, regime e formas de comportamento também variam de comunidade para comunidade (OREM, 1971) apud SILVA et al (1996).

Para OREM (1985), “as sociedades especificam as condições que as fazem legítimas para que seus membros procurem vários serviços humanos necessários às atividades de autocuidado”. Em relação à força e à eficácia de Enfermagem como um serviço na comunidade, OREM acredita que depende dos valores da comunidade. Entre os deveres sociais das enfermeiras, OREM enfatiza que as mesmas focalizam-se na manutenção do autocuidado.

Para este estudo, consideramos SOCIEDADE todo o contexto sócio, econômico, cultural, político e estrutural no qual o paciente crônico está inserido, dando especial atenção a seus hábitos de vida, crenças e valores.

- **Saúde**

A saúde é descrita como “um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento” (OREM, 1971) apud SILVA et al (1996). Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, os quais são considerados por OREM (1985) como inseparáveis do indivíduo. Para OREM (1985) apud SILVA et al (1996), o conceito de saúde implica também na integridade estrutural e funcional do ser humano dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Saúde, portanto, consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial máximo. Já que o autocuidado contribui de modo específico para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano, a saúde como um estado de totalidade, ou integridade é um resultado, ou objetivo do autocuidado.

Saúde, no nosso entender é a manutenção da qualidade de vida do paciente crônico, promovida pelo autocuidado consciente e eficaz e pelo uso de recursos tecnológicos indispensáveis ao atendimento das intercorrências oriundas de desvios de saúde.

- **Doença**

Embora OREM (1971, 80 e 85) apud SILVA et al (1996) não explicita o conceito de doença, a mesma considera que qualquer alteração da estrutura normal, ou funcionamento constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade, ou integridade do ser humano. Tais alterações, que podem estar relacionadas com os aspectos: físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de autocuidado.

No caso de indivíduos portadores de problemas crônicos, consideramos doença como as alterações no seu estado clínico geral, bem como as complicações decorrentes da falta de cuidado adequado seja ele feito por profissionais ou pelo próprio indivíduo. Ressaltamos ainda que, segundo OREM, se o indivíduo estiver em estado de compensação (equilíbrio), mediante ações de autocuidado, não é considerado doente.

- **Enfermagem**

Enfermagem é um serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que possa ser trocado. É uma ação voluntária, uma função da inteligência prática das enfermeiras de causar condições humanamente desejada nas pessoas e seus ambientes” (OREM, 1985) apud SILVA et al (1996).

De acordo com OREM (1985) apud SILVA et al (1996) a condição que justifica a existência da Enfermagem, para o indivíduo adulto é a “ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de autocuidado, que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença, ou dano, ou na maneira de enfrentar seus efeitos.

Segundo a visão da teórica, a Enfermagem é “serviço, arte e tecnologia”. Como serviço, a Enfermagem refere-se a maneira de ajudar aos seres humanos, através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela enfermeira, para ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados a manter, ou mudar as condições em si mesmos, ou em seu meio ambiente. Estas ações podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação da enfermeira, ou pela enfermeira quando a pessoa tem limitações, que não podem ser imediatamente suplantadas. Esta forma de relação de ajuda enfermeira/paciente é contratual.

Como arte, a Enfermagem consiste “na habilidade em assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade” (OREM, 1971) apud SILVA et al (1996). Arte implica em qualidade, a qual é inerente às enfermeiras, permitindo-lhes atuar fazendo investigações criativas, análise e síntese das variáveis e fatores condicionais dentro das situações de Enfermagem, de maneira a trabalhar para a obtenção de certos objetivos, dentro de um sistema efetivo de assistência de Enfermagem a indivíduos ou grupos” (OREM, 1971) apud SILVA et al (1996).

Como tecnologia, a enfermagem refere-se “ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou método para obtenção de resultados desejados

através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais e instrumentos” (OREM, 1971, 1980) apud SILVA et al (1996).

De acordo com a teórica, as enfermeiras podem utilizar diferentes tipos de tecnologias às quais foram agrupadas em duas categorias: as tecnologias necessárias para as relações interpessoal e social e as tecnologias reguladoras.

- As tecnologias necessárias para as relações interpessoais incluem:

a) Comunicação

b) a coordenação de esforços através das relações interpessoais;

c) a relação terapêutica como a maneira psicossocial de funcionar na saúde e doença;

d) assistência humana adaptada às necessidades humanas, habilidades para a ação e limitações.

- As tecnologias reguladoras incluem:

a) manutenção e promoção dos processos vitais;

b) regulação dos modos psicofisiológicos de funcionamento na saúde e na doença;

c) promoção do funcionamento e desenvolvimento humano e regulação da posição e movimento no espaço (OREM, 1985) apud SILVA et al (1996).

No contexto deste trabalho, entendemos Enfermagem como a arte de prestar cuidados e orientações ao indivíduo portador de doença crônicas a fim de que este desenvolva, conscientemente, ações de autocuidado que visem sua recuperação e manutenção de seu bem estar físico-mental e espiritual.

- **Aprendizagem**

Para OREM (1985) apud SILVA et al (1996) a aprendizagem é uso de conhecimentos orientados interna e extremamente, constituem-se em elementos centrais na sequência de ações de autocuidado. O processo de aprendizagem segundo OREM, inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de práticas de autocuidado e

*apoiar
suporte
auxílio
ajuda*

habilidades relacionadas. Este processo pode ser uma questão de absorção decorrente da observação de um paciente frente a uma enfermeira competente que lhe presta cuidados ou também através de experiências de aprendizagem específicas e planejadas tais como a leitura, a discussão e a resolução de problemas. Este conceito é aplicável tanto aos pacientes no sistema de autocuidado quanto às enfermeiras nos sistemas de Enfermagem.

Definimos aprendizagem como um processo contínuo de busca, aprimoramento e troca de conhecimentos e /ou informações, que possam contribuir para o autocuidado do paciente crônico dentro de seu contexto e no enriquecimento profissional da enfermeira .

• Autocuidado

É conceituado por OREM (1971) apud SILVA et al (1996) como “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Segundo OREM (1980), autocuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz.

Para nós, autocuidado é o desenvolvimento de ações contínuas responsáveis e eficazes que venham a suprir as necessidades biopsicossociais do paciente portador de doenças crônicas, a fim de evitar ou minimizar seus desvios de saúde.

• Competência do Indivíduos para o Autocuidado

“É a terminologia utilizada por OREM para referir-se ao poder, à competência, ou potencial do indivíduo para se engajar no autocuidado (...) Tal habilidade é complexa e “ é adquirida para satisfazer as necessidades continuadas de uma pessoa no que toca ao cuidado que regula os processos de vida, mantém ou promove o bem estar” (OREM, (1985) apud SANTOS (1991). A mesma desenvolve-se no transcurso da vida, dia-a-dia , através de um processo espontâneo de aprendizagem. Segundo OREM (1985) apud SANTOS (1991), a competência para o autocuidado pode variar de acordo com o desenvolvimento do indivíduo da infância à velhice, o estado de saúde, os fatores que influenciam a educabilidade, as experiências de vida, conforme estas experiências capacitam a aprendizagem às exposições a influências culturais e à utilização de recursos no viver diário.

No nosso entendimento, competência do indivíduo para o autocuidado refere-se a execução de ações voltadas ao autocuidado de maneira consciente, dentro de um contexto voltado para sua realidade concreta.

- **Competência da Enfermagem para o Autocuidado**

“Refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de autocuidado para, pelo e com o indivíduo. A competência de enfermagem, segundo OREM (1985) apud SANTOS (1991), é análoga a competência de autocuidado, no sentido de que ambas são habilidades para tipos especializados de ação deliberada. Diferem no sentido de que a competência de enfermagem é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar de outros e a competência do indivíduo para o autocuidado é desenvolvida e exercida para o benefício e bem estar da própria pessoa. Os componentes e indicadores deste conceito incluem conhecimento de enfermagem, experiência, domínio de operações (procedimentos) da prática de enfermagem, repertório de habilidades sociais interpessoais e de enfermagem e ainda, motivação e desejo de cuidar. (OREM, 1985) apud SANTOS (1991).

Acreditamos que a competência da enfermagem para o autocuidado, define-se pela detenção de conhecimentos, práticos e vivências relacionadas ao processo saúde-doença, aliada ao discernimento, bom senso, tato e habilidade para identificar o momento certo de aplicá-los, contextualizando-os na realidade vivenciada pelo paciente.

- **Demanda terapêutica do Autocuidado**

Totalidade das ações de autocuidado requeridas pelo indivíduo, em determinado período, de modo a satisfazer às necessidades, ou exigências do autocuidado (OREM, 1980 apud GUIMARÃES, 1989). Esta demanda não pode ser conhecida a menos que seja calculada, e “constitui em essência, a prescrição para as ações contínuas de autocuidado, através da qual as necessidades ou exigências, de autocuidado podem ser satisfeitas dentro de um determinado grau de eficácia” (OREM, 1980 apud GUIMARÃES, 1989). As exigências de saúde dos indivíduos são identificados por OREM, como sendo: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde. As duas primeiras são sentidas por todos os seres humanos no decorrer do ciclo vital, e as necessidades de desvio da saúde só são sentidas

pelos indivíduos na ausência de saúde ou em certas situações especiais” (OREM, 1980 apud GUIMARÃES, 1989).

A identificação das exigências de desvio de saúde pelo indivíduo crônico, derivadas da sua situação de saúde e desempenho das atividades de vida diária, é que permitirão a este avaliar sua demanda terapêutica. Tão importante quanto isto, é a determinação de suas condições físicas, motivação, interesse e auto determinação diante da vida para definirmos a quantidade e qualidade de sua demanda terapêutica.

Falaremos a seguir sobre o Método Pedagógico de PAULO FREIRE, no qual nos fundamentamos com o propósito de melhor adequar a Teoria Geral de Enfermagem de D. OREM à realidade de nossa clientela.

3. 4 Método Pedagógico De Paulo Freire

“PAULO FREIRE é um pensador comprometido com a vida: não pensa idéias, pensa a existência. É também educador: existencia seu pensamento numa pedagogia em que o esforço totalizador da práxis humana busca, na interioridade desta, retotalizar-se como “prática da liberdade” (FIORI apud FREIRE 1978).

A educação libertadora, segundo FREIRE, é incompatível com uma pedagogia que, de maneira consciente ou mistificada, tem sido prática de dominação ou subjugação. Coloca que qualquer processo educativo tecido com a trama da dominação, por mais generosos que sejam os propósitos de seus educadores, é barreira cerrada às possibilidades educacionais dos que se situam nas subculturas dos proletários e marginais, ou seja, os menos favorecidos, os aprimidos. Prega, pois, que uma pedagogia que se baseia na vida dessas subculturas, a partir delas e com elas, possibilita um contínuo retomar reflexivo de seus próprios caminhos de libertação.

O processo de humanização é a maior técnica pela qual PAULO FREIRE trata o processo educativo.

Para ele a grande tarefa da humanização é histórica e consiste em libertar os oprimidos dos opressores e de si mesmos.

A Pedagogia do Oprimido é forjada “com ele” e não “para ele”. Ela busca formar o “homem novo”, nascido da superação da contradição, com a transformação da velha situação concreta apressora e simultaneamente acabar com o “medo” da liberdade que nos oprimidos habita.

Esta pedagogia do oprimido, é humanista e libertadora e envolve dois momentos distintos, o primeiro em que os oprimidos vão desvelando o mundo da opressão, e o segundo, em que, transformada a realidade opressora esta pedagogia deixa de ser do oprimido e passa a ser a pedagogia dos homens em processo de permanente libertação. Ela segundo FREIRE (1978) é o oposto da “educação bancária” que vê o “saber” como uma doação dos sábios aos que nada sabem. Característica esta, presente nos métodos tradicionalistas de educação.

Na educação bancária prevalecem princípios como:

- o educador é o que educa, os educandos, os que são educados.
- o educador é o que sabe, os educandos, os que não sabem.
- o educador é o que pensa, os educandos, os pensados.
- o educador é o que diz a palavra, os educandos, os que a escutam docilmente.
- o educador é o que disciplina, os educandos, os disciplinados.
- o educador é o que opta e prescreve sua opção, os educandos, os que seguem a prescrição.
- o educador é o que atua, os educandos, os que tem a ilusão de que atuam, na atuação do educador.
- o educador escolhe o conteúdo programático, os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele.
- o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos, estes devem adaptar-se às determinações do educador.

- o educador, finalmente, é o sujeito do processo, os educandos, meros objetos.

Já a educação libertadora problematizadora, como quer PAULO FREIRE, não consiste no ato de “depositar” ou transmitir conhecimentos, mas um ato cognoscente. Ela brota da relação dialógica entre educador e educando.

Para o educador dialógico e problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao “povo”, daqueles elementos que este lhe entregou de forma inestruturada.

Reportando esses princípios para prática de educação em saúde, REZENDE e NASCIMENTO apud ALONSO (1994) pensavam que numa proposta de educação participativa - libertadora é necessário que o educador em saúde se comprometa solidariamente com o crescimento dos educandos, na perspectiva de que tanto educador quanto educando sejam sujeitos ativos no trabalho. “Em função desse compromisso com a coerência entre a realidade e a educação em saúde, visualiza-se o caminho da práxis através da proposta de educação participativa. Como compromisso solidário, pressupõe-se a troca e o intercâmbio de experiências, não anulando o saber técnico nem subestimando o saber popular. As resistências são trabalhadas dialeticamente como contradições. Os valores não são apontados nem confrontados com o “certo” e o “errado”, mas discutidos e analisados” (REZENDE e NASCIMENTO, apud ALONSO, 1994).

A educação, segundo FREIRE, como prática de liberdade, ao contrário da prática da dominação implica na negação do homem abstrato, desligado do mundo, como também na realidade ausente dos homens.

A dialogicidade da educação libertadora, problematizadora engloba duas dimensões. ação - reflexão, tão intimamente solidárias que não há como separá-las.

“Não é no silêncio que os homens se fazem mas na palavra, no trabalho, na ação - reflexão” PAULO FREIRE.(1978)

Pela ação - reflexão permanentemente transformada da realidade objetiva, os homens criam a história e se fazem históricos.

Assim, a educação em saúde, como em qualquer outro aspecto da vida, para ser libertadora deve ocorrer dentro de um contexto que esteja se relacionando com os homens.

ALONSO (1994) baseando-se em FREIRE, coloca ^{que} uma enfermeira enquanto educadora em saúde, deve instrumentalizar os indivíduos e/ou grupo para que percebam criticamente a sua realidade e as suas necessidades, desenvolvam as suas potencialidades e busquem, num trabalho conjunto, os caminhos e os meios para as possíveis resoluções de seus problemas de saúde de forma consciente.

O itinerário proposto por FREIRE, procura superar a visão ingênua da realidade e promover a consciência crítica, sendo que se organiza em quatro momentos: “investigação temática”, “codificação”, “descodificação” e a “redução temática”. (WOSNY et al, 1995).

No primeiro momento, a “investigação temática”, procura-se os “temas geradores”, os quais podem ser palavras e/ou conceitos que simbolizam, os problemas de vida dos educandos, suas preocupações e necessidades enquanto indivíduos. A investigação terá uma metodologia consentizadora, que por sua vez insere nos educandos uma forma crítica de pensarem o mundo.

No segundo momento temos a “codificação” dos temas geradores, quando os mesmos são contextualizados e são buscados as raízes de sua expressão.

As codificações sociais (contextualizadas) serão estudadas por uma equipe interdisciplinar, para que não se percam aspectos significativos do universo isolado.

O terceiro momento procura realizar a “descodificação”, ou seja, tomar consciência de que o entendimento inicial do “tema” era ingênuo, imposto, acrítico e que é preciso superá-lo.

Como processo de busca, de criação, exige que os sujeitos vão descobrindo no encadeamento dos temas significados a interpretação dos problemas.

Por fim, a superação e o salto qualitativo para um novo nível de consciência acerca do tema gerador ocorre no quarto momento denominado de “redução temática”, quando são desvelados os verdadeiros condicionantes do tema problematizado, a realidade é desvelada e surge um novo indivíduo, singular e coletivo.

Tomamos como base o método pedagógico proposto por PAULO FREIRE, com o objetivo de melhor operacionalizar a teoria do autocuidado de D. OREM em nossa prática assistencial, visto que pretendíamos promover a conscientização dos pacientes da importância de autocuidar-se através de processos educativos participativos, o que nos facilitaria a adequação das orientações fornecidas à realidade concreta destes.

4 - OBJETIVOS

4.1 - Objetivo Geral

Assistir pacientes portadores de doenças crônicas segundo o referencial teórico de Dorothea Orem e o método pedagógico de Paulo Freire, em Unidade de Clínica Médica do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), e a nível domiciliar, no período de 05/09/96 a 18/11/96, visando minimizar o tempo de permanência hospitalar do paciente portador de doenças crônicas e maximizar o tempo de permanência a nível domiciliar.

4.2 - Objetivos Específicos

* 1) Propor, orientar e testar um método de assistência de Enfermagem a pacientes crônicos, internados na Clínica Médica do HGCR.

2) Identificar o conhecimento prévio que o indivíduo, portador de doença crônica, possui acerca do seu estado de saúde-doença.

3) Reconhecer as capacidades e limitações dos quatro pacientes crônicos selecionados para executarem o autocuidado.

* 4) Promover ações educativas que visem o autocuidado.

* 5) Avaliar constantemente as estratégias e métodos utilizados no processo de educação para o autocuidado, reformulando-os conforme se fizer necessário.

* 6) Realizar Visita Domiciliar para avaliar junto ao paciente e família, as facilidades e dificuldades na implementação do autocuidado.

7) Expandir e atualizar conhecimentos acerca do autocuidado a pacientes portadores de doenças crônicas.

8) Promover a integração das acadêmicas com a equipe de saúde que atua na unidade.

9) Conhecer a estrutura organizacional da instituição e situar a Unidade de Clínica Médica.

10) Acompanhar e executar atividades assistenciais junto aos pacientes.

5 - METODOLOGIA

5.1 - Caracterização do Local

Desenvolvemos este trabalho na Clínica Médica, (6º andar) do Hospital Governador Celso Ramos (HGDR), situado a rua Irmã Benwarda, centro de Florianópolis.

O referido Hospital trata-se de uma instituição de Direito Público subordinado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo também pacientes vinculados a outros convênios tais como: Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina (IPESC), Unidade de Trabalho Médica (UNIMED) entre outros, atendendo também a pacientes particulares. O Hospital conta atualmente com 185 leitos ativos, sendo que estes, cerca de 89,19% servem a pacientes conveniados ao SUS e 10,81% a outros convênios e a particulares. Segundo informações do responsável pelo Serviço de Estatística do Hospital, a taxa de ocupação é de 100%, quase que constantemente.

O Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) oferece serviços à comunidade catarinense desde a sua fundação em 1966 na gestão do então Governador Ivo Silveira, com intuito de atender os servidores públicos do Estado, o que por muito tempo fez com que esta instituição fosse chamada de Hospital dos Servidores.

O quadro de funcionários do HGCR é composto atualmente, de 958 profissionais. Destes 379 são membros da equipe de Enfermagem, 179 da equipe médica, contando ainda com 7 assistentes sociais, 5 nutricionistas, 3 dentistas, 3 farmacêuticos, 2 fonoaudiólogos, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 2 administradores e 375 funcionários para realização de serviços gerais e administrativos. Estes funcionários estão divididos segundo o organograma da Instituição em anexo (anexo 1).

Os profissionais ligados a Equipe de Enfermagem e subordinados a Divisão de Enfermagem atuam nos seguintes serviços: Internação de Clínicas, Internação de Apartamentos, Internação Cirúrgica, Internação de Neuro/traumatologia, Unidade de Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Rim. Centro Cirúrgico, Centro de Material Esterelizado, Serviço de Radiologia, Ultrasonografia e Tomografia e Serviço de Ambulatório.

Quanto a posição da Divisão de Enfermagem, segundo a Chefe de Enfermagem, trata-se de um órgão de nível diretivo-decisório, indicado pela direção geral do Hospital.

O serviço de Clínica Médica, no qual desenvolvemos nosso trabalho, é composto por Clínica Médica Masculina e Feminina e tem por finalidade, segundo o Regimento do Serviço de Clínica Médica, “a administração do conjunto de elementos do hospital destinados a receber pacientes que necessitam de assistência médica e de Enfermagem contínua em regime de internação na especialidade de Clínica Médica”.

A unidade de Clínica Médica situada no 6º andar do HGCR, na qual atuamos, é composta por 46 leitos que são ocupados por pacientes conveniados na sua grande maioria ao SUS, recebendo raramente pacientes de outros convênios.

A referida unidade conta com as seguintes especialidades: neurologia, oncologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, cardiovascular e clínica médica. Está dividida em duas alas: ala A e ala B. A primeira, composta de 22 leitos, é destinada a pacientes femininos e a segunda de 24 leitos, a pacientes masculinos. A planta física da unidade encontra-se em anexo (anexo 2).

Para prestar assistência a estes pacientes, a unidade de clínica médica do 6 andar conta com 39 funcionários, sendo eles: 4 enfermeiras, 7 técnicos de enfermagem, 17 auxiliares de enfermagem, 11 atendentes de enfermagem (sendo que 5 destes já fizeram o curso de auxiliar mas ainda não passaram pelo processo de ascensão funcional do hospital), contando ainda, para serviços burocráticos, com 3 técnicos administrativos.

A grande maioria dos funcionários desta unidade cumpre uma carga horária de 12/60 horas.

A assistência é programada diariamente de acordo com o número de funcionários presentes no plantão. Mais detalhes acerca da distribuição dos funcionários por turno e atribuições serão fornecidas na discussão e análise do objetivo 9.

A unidade de clínica médica do 6º andar HGCR não conta com um controle de entrada e saída dos pacientes, o que dificulta estimar a taxa de permanência dos mesmos.

Sentimos, então a necessidade de angariar informações nos prontuários dos pacientes, a fim de que pudéssemos avaliar não só a taxa de permanência como outros aspectos relacionados ao perfil dos indivíduos internados nesta unidade.

Assim, ao longo do estágio, precisamente no período de 05/09/96 a 08/11/96, coletamos os seguintes dados acerca dos pacientes: sexo, idade, escolaridade, procedência, data de internação e data de alta, o que nos permitiu traçar o seguinte perfil:

Tabela 1 - Distribuição do número e percentual dos pacientes, segundo a idade e o sexo, HGCR, Florianópolis, SC, 1996.

Faixa Etária	M		F		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
15 — 25	5	2,2	7	5,3	12	3,3
25 — 35	33	14,6	17	12,9	50	13,9
35 — 45	54	23,9	37	28,0	91	25,4
45 — 55	75	33,2	40	30,4	115	32,2
55 — 65	40	17,6	19	14,4	59	16,6
65 — 75	15	6,7	6	4,5	21	5,8
+ 75	4	1,8	6	4,5	10	2,8
TOTAL	226	100	132	100	358	100

Fonte: Consulta aos prontuários dos pacientes.

Durante o período já referido passaram pela unidade 358 pacientes, sendo que destes 226 eram masculinos e 132 femininos.

Mediante os dados obtidos acerca do sexo, podemos inferir que o número de pacientes masculinos ultrapassou consideravelmente o número de pacientes femininos internados neste período, representando cerca de 63,10% do total dos pacientes hospitalizados. Desta feita, podemos chegar a duas conclusões: possivelmente, os homens são muito mais susceptíveis a apresentarem complicações no seu quadro clínico, do que as mulheres, devido ao padrão de vida, destes (sedentarismo, tabagismo, etilismo, excesso de trabalho braçal, etc) ou ainda, que as mulheres procuram com maior frequência e em maior número, serviços preventivos de saúde a nível ambulatorial.

Quanto a idade, verificamos que, tanto nos pacientes masculinos como nos femininos, a faixa etária de maior incidência encontra-se entre os 45 e 55 anos de idade.

Vale ressaltar, porém, que o percentual de pacientes internados entre a faixa etária de 35 a 45 anos em ambos os sexos, representa um montante significativo no cômputo geral. Este dado vem a confirmar os estudos acerca da condição de saúde, referenciados no capítulo de revisão da literatura, que demonstram um aumento significativo na incidência precoce das doenças crônicas.

Tabela 2 - Distribuição do número e percentual dos pacientes internados na Clínica Médica - 6º andar, segundo a procedência, HGCR, Florianópolis, SC, 1996.

Procedência	Nº	%
Florianópolis	48	13,4
Outros municípios da Grande Florianópolis	141	39,4
Interior de SC	164	45,8
Fora de SC	5	1,4
Total	358	100

Fonte: Consulta aos prontuários dos pacientes.

No que se refere a procedência dos pacientes hospitalizados nesta unidade, constatamos que mais da metade deles são oriundos de cidades do interior. A partir deste dado, podemos inferir que a falta de recursos e infra-estrutura dos serviços de saúde das

idades interioranas e a necessidade de buscarem novas alternativas para minimizar ou sanar os problemas de saúde, podem ser os fatores que acabam trazendo um grande número de pacientes para a capital.

Tabela 3 - Distribuição do número e percentual dos pacientes internados na Clínica Médica - 6 andar, segundo a escolaridade, HGCR, Florianópolis, SC, 1996.

Escolaridade	Nº	%
Analfabeto	12	3,5
1º Grau incompleto	163	45,6
1º Grau completo	123	34,3
2º Grau incompleto	39	10,8
2º Grau completo	16	4,4
3º Grau incompleto	2	0,6
3º Grau completo	3	0,8
Total	358	100

Fonte: Consulta aos prontuários dos pacientes

Quanto a escolaridade verificamos que a maior parcela dos pacientes de ambos os sexos, não chegou a completar o 1º grau. Assim, entendemos que o nível de escolaridade, da maior parte dos pacientes deste grupo, é baixo. Tal fato é extremamente significativo dentro de uma proposta assistencial que vise a conscientização para o autocuidado. O enfermeiro enquanto educador, deve conhecer o contexto socio-econômico e cultural de sua clientela para que possa desenvolver estratégias que propiciem a participação efetiva destes indivíduos no processo educativo.

Tabela 4 - Distribuição do número e percentual dos pacientes internados na Clínica Médica - 6º andar, segundo o tempo de permanência e o sexo, HGCR, Florianópolis, SC, 1996.

Permanência	M		F		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
- 10 dias	56	24,8	19	14,4	75	20,8
10 — 20	63	27,9	45	34,1	108	30,0
20 — 30	52	23,0	23	17,4	75	20,8
30 — 40	29	12,8	25	19,0	54	15,0
40 — 50	15	6,6	12	9,1	27	7,5
50 — 60	7	3,2	8	6,0	15	4,8
+ 60 dias	4	1,7	-	-	10	1,1
TOTAL	226	100	132	100	358	100

Fonte: Consulta aos prontuários dos pacientes

No que se refere ao tempo de permanência, constatamos que o maior índice de pacientes, tanto femininos quanto masculinos, foram de 10 a 20 dias hospitalizados. Porém, o índice de pacientes masculinos internados em período inferior a 10 dias é cerca de 10% mais alto que o dos pacientes femininos, o que nos possibilita inferir, que no período de estágio, a rotatividade entre os homens foi maior que entre as mulheres.

5.2 - População Alvo

A população escolhida para desenvolvermos este trabalho foi a de pacientes portadores de doenças crônicas pertencentes as especialidades de neurologia, nefrologia, pneumologia, endocrinologia e problemas cardiovasculares. Estes pacientes necessariamente deveriam estar internados na Unidade de Clínica Médica do HGCR, não havendo restrições quanto ao sexo.

Como critérios para seleção dos pacientes para implementação do processo, adotamos os seguintes:

- Escolhermos no máximo 4 pacientes para aplicação do processo de enfermagem, sendo que estes deveriam:

- Ter diagnóstico definido, voltado a uma das especialidades já referidas.
- Incluir-se em uma faixa etária de 30 e/ou mais anos.
- Estarem lúcidos, orientados, coerentes, com possibilidade de estabelecer comunicação, podendo participar efetivamente do autocuidado e de atividades coletivas.

Pretendíamos ainda, realizar ao longo do estágio Visitas Domiciliares (VD) com 2 dos 4 pacientes selecionados, realizando no máximo, 2 VD por paciente.

* Nossa intenção, quando da realização das VD, era de melhor conhecer o contexto sócio-econômico e cultural no qual o paciente estava inserido, possibilitando-nos assim, adequar nossas orientações, acerca do autocuidado, à realidade vivenciada pelo paciente.

Acreditamos ainda que a nível domiciliar o paciente pode melhor assimilar e compreender as informações recebidas, visto que não está mais sob o estresse da hospitalização.

Desta forma acrescentamos aos critérios já referidos os seguintes pré-requisitos para seleção dos pacientes a serem visitados em domicílio:

- Serem residentes da cidade de Florianópolis
- Receberem alta até o final do mês de outubro.

Assim, tomando como base os critérios para escolha dos pacientes, selecionamos ao longo do estágio 4 indivíduos com os quais implementamos sistematicamente o processo de enfermagem de Dorothea Orem. Estes eram todos do sexo masculino com as idades de 33, 46, 49 e 65 anos, tendo como diagnóstico base. Diabetes Mellitus, Bronquite Crônica, Síndrome Nefrótica e AVC isquêmico respectivamente. Dentre os 4 pacientes, 2 deles residiam em Florianópolis e receberam alta, dentro do período previsto, possibilitando a realização de V.D. , os outros dois eram residentes de Itajaí e Santa Cecília. *

5.3 - Proteção dos Direitos Humanos

Todos os pacientes com os quais aplicamos o processo, bem como os demais pacientes envolvidos em outras atividades durante o período de estágio, foram previamente informados acerca dos seguintes pontos:

- Nossos nomes e nossa condição de estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Explicação breve sobre o trabalho a ser desenvolvido e nossos objetivos.
- Explicação sobre a importância da participação dos pacientes em nosso trabalho, bem como do porque da sua escolha e a forma como se daria sua participação.
- Da possibilidade de conhecerem mais sobre a sua doença e os meios de tratamento.
- Garantia de seu anonimato, do respeito e sigilo cerca dos dados levantados.
- Direito absoluto de liberdade de escolha para participarem ou não do trabalho proposto, sem que isso lhes trouxesse prejuízos ou benefícios extras, por parte da instituição ao seu atendimento.
- A possibilidade de solicitarem qualquer informação e esclarecimento a respeito do que por ventura estivesse sendo registrado sobre eles, bem como de expressarem por meio de conversas suas opiniões, reclamações e sugestões frente a assistência recebida.

5.4 - Processo de Enfermagem Segundo OREM

Para operacionalizarmos o marco teórico de DOROTHEA OREM, utilizamos o Processo de Enfermagem proposto pela mesma teórica. Esse processo e os passos que o compõe serão descritos a seguir:

A abordagem do Processo de Enfermagem de OREM “apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências do autocuidado”. (GEORGE, 1993).

Segundo OREM (1995) apud SANTOS (1991), “o processo de Enfermagem é sustentado pela base teórica de que as ações a serem realizadas devem estar em consonância

com objetivos desejados; considerar os fatores ambientais tecnológicos e humanos para a obtenção destes objetivos; ser desempenhadas de acordo com o planejamento à medida que as condições se alterem; ser controladas para verificar se os objetivos estão ou não sendo alcançados”.

De acordo com OREM (1985) adaptado de GEORGE (1993) e SANTOS (1991), o processo de Enfermagem, é composto da seguinte forma:

Primeiro Passo

Consiste na determinação inicial e contínua da razão pela qual uma pessoa deve estar sob cuidados de enfermagem, considerando sua história e estilo de vida.

Segundo OREM, o primeiro passo comporta as fases de diagnóstico e prescrição. Estas fases são concernentes à demanda terapêutica do autocuidado do paciente e à sua competência em satisfazê-la.

Para a implementação deste, é necessário um levantamento de dados acerca do paciente, da sua condição de saúde-doença e do seu conhecimento acerca destas condições, bem como das medidas para amenizar ou prevenir complicações. Assim, utilizamos um instrumento para coleta de dados, que foi elaborado conforme o proposto por OREM e readaptado do estudo realizado por SANTOS (1991). Este instrumento compõem-se de 4 partes: 1 Dados pessoais, 2 - Exigências Universais de Autocuidado, 3 - Exigências de Autocuidado e Desenvolvimento e 4 - Exigências de Autocuidado nos desvios de saúde; e encontra-se em anexo (anexo 3).

Segundo Passo

Este passo, envolve a projeção e o planejamento de sistemas de enfermagem. Projetar um sistema de enfermagem, consiste essencialmente em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação da assistência de enfermagem a um paciente, tão logo seus requisitos e limitações de autocuidado sejam identificados e descritos.

No planejamento de sistemas de enfermagem, duas ações são envolvidas: uma primeira que é a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes e uma segunda, que consiste na seleção da

combinação de maneiras de auxílio que sejam ao mesmo tempo, efetivas e eficientes, na tarefa de compensar ou superar os déficits de autocuidado dos pacientes.

Neste sentido, OREM propõe três tipos de sistema de Enfermagem que relacionam-se com a dinâmica do autocuidado: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educação. A implementação destes envolve a seleção e aplicação de um ou mais métodos de assistência de Enfermagem. Estes métodos incluem: agir ou fazer para o outro; guiar o outro, apoiar o outro física ou psicologicamente; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar o outro.

Com a utilização do modelo de OREM, as metas são compatíveis com o diagnóstico de Enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado. As metas são direcionadas pela declaração de reação do diagnóstico de Enfermagem e têm seu foco na saúde. Uma vez determinadas as metas, podem ser programados os objetivos.

Terceio Passo

Inclui a implementação e o gerenciamento do sistema de Enfermagem. Neste passo, o enfermeiro presta auxílio ao paciente ou família no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados de saúde ou a ela ligados, coletando evidências que descrevam os resultados dos cuidados e utilizando-as na avaliação destes, além de comparar os resultados obtidos com os especificados no plano dos sistemas de Enfermagem.

Assim, pode-se dizer que este passo corresponde a fase prática do processo de Enfermagem e constitui-se de um ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas.

Portanto, este passo inclui a evolução. Esta é um processo contínuo. É fundamental que a Enfermeira e o paciente avaliem continuamente quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de Enfermagem.

As evoluções dos pacientes por nós assistidos foram registradas, segundo o método Weed, nos impressos de Enfermagem, do campo de estágio.

APLICAÇÃO DA TEORIA DE OREM AO PROCESSO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO					
Fatores Pessoais	Auto Cuidado Universal	Auto Cuidado Desenvolvimental	Desvio de Saúde	Plano e Problema Médico	Déficits de Auto Cuidado
Idade Sexo Altura Peso Cultura Raça Estado Civil Religião Ocupação	Ar, água alimento Excrementos Atividade e descanso Solidão e interação social Riscos à vida e ao bem-estar Promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos.	Necessidade especializada para processo desenvolvimental Novos requisitos de uma condição Requisitos associados a um evento	Condições de doença ou ferimento Tratamentos para corrigir a condição	Perspectiva médica da condição Diagnóstico médico Tratamento médico	Diferenças entre necessidades de auto cuidado e capacidades de autocuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO	IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO
Baseado nos déficits de auto cuidado	<p>Metas e objetivos da Enfermagem:</p> <p>a. Coerente com o diagnóstico de Enfermagem</p> <p>b. Baseado nas demandas de autocuidado</p> <p>c. Promover o paciente como agente de auto cuidado</p> <p>Criando o Sistema de Enfermagem:</p> <p>a. Totalmente compensatório</p> <p>b. Parcialmente compensatório</p> <p>c. De apoio-educação</p> <p>Métodos adequados de ajuda:</p> <p>a. Orientação</p> <p>b. Apoio</p> <p>c. Ensino</p> <p>d. Agir ou fazer por</p> <p>e. Propiciar ambiente desenvolvimental.</p>	<p>Ações de enfermeira-paciente para:</p> <p>a. promover o paciente como agente de auto cuidado.</p> <p>b. Satisfazer as necessidades de auto cuidado</p> <p>c. Diminuir déficits de autocuidado.</p>	<p>Eficácia das ações da enfermeira-paciente para:</p> <p>a. Promover o paciente como agente de auto cuidado.</p> <p>b. Satisfazer as necessidades de auto cuidado</p> <p>c. Diminuir déficits de autocuidado.</p>

6 - APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Neste capítulo passamos a apresentar os objetivos propostos, bem como fazemos a discussão e análise das estratégias anteriormente determinadas, finalizando com a avaliação de cada objetivo.

Cabe ressaltar que mudanças se fizeram necessárias na redação e organização dos objetivos, estratégias e formas de avaliação. Destacamos que estas mudanças em nada comprometeram a essência de nosso trabalho, apenas contribuíram para torna-lo didática e metodologicamente mais claro e coerente.

A seguir, passamos a descrever cada um dos objetivos desenvolvidos.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>1. Propor, orientar e testar um método de assistência de enfermagem a pacientes crônicos, internados na clínica médica do HGCR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conhecimento da Teoria de D. OREM e do método pedagógico de PAULO FREIRE, através de informações das acadêmicas para a Equipe de Enfermagem. • Selecionar, ao longo do período de estágio, 4 pacientes para aplicação do processo proposto por OREM. • Aplicar o processo de enfermagem adaptado aos princípios propostos por OREM. • Prestar assistência integral aos pacientes, estimulando o autocuidado. • Fazer registros de enfermagem utilizando a terminologia proposta por OREM. • Solicitar constantemente a participação das pacientes no planejamento e implementação da assistência, segundo o proposto por PAULO FREIRE e o referencial de OREM • Avaliar e criticar a utilização do referencial teórico de D. OREM associado ao método pedagógico de PAULO FREIRE, na assistência os pacientes portadores de doenças crônicas. • Apresentar o relatório final à equipe de Enfermagem, afim de compartilharmos as experiências vivenciadas e os conhecimentos adquiridos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas discutirem com a equipe os métodos de trabalho, propostos. • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas aplicarem o processo de enfermagem, com 4 pacientes, utilizando o referencial de OREM e o método pedagógico de FREIRE, fizerem registros e avaliarem segundo o preconizado por estes autores • O objetivo será alcançado mediante a apresentação do relatório final em campo de estágio.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>2. Identificar o conhecimento prévio que o indivíduo, portador de doença crônica possui acerca do seu estado de saúde-doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer aos pacientes quem somos e o que pretendemos realizar durante o estágio. • Estabelecer vínculos com os pacientes, através de visitas diárias enquanto estiverem internados. • Solicitar permissão dos pacientes selecionados para podermos realizar nosso projeto junto a eles • Questionar os pacientes sobre a doença da qual são portadores abordando os aspectos relacionados a fisiopatologia, complicações, tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • As acadêmicas alcançarão o objetivo quando passarem a realizar visitas diárias nas quais deverão estabelecer contatos com os pacientes e estes com as acadêmicas . • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem identificar qual a percepção e o conhecimento dos pacientes selecionados, acerca da sua condição de saúde-doença.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>3. Reconhecer as capacidades e limitações dos quatro pacientes crônicos selecionados para executarem o autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer um levantamento da história pregressa dos pacientes nos registros de saúde da instituição (prontuário). • Realizar exame físico completo, com o propósito de melhor avaliar o estado geral do paciente. • Conhecer e esclarecer as dúvidas, expectativas, anseios e perspectivas dos pacientes frente a doença e o tratamento. • Investigar junto ao paciente aspectos relacionados a sua rede de suporte social. • Interagir junto a equipe de saúde, com o objetivo de angariar maiores informações acerca do paciente e melhor acompanhar o seu quadro clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • As acadêmicas alcançarão o objetivo, quando através do levantamento da história do paciente, dos exames físicos e dos contatos com a equipe inteirarem-se da situação de saúde-doença dos pacientes selecionados.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>4. Promover ações educativas que visem o autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações individuais acerca do autocuidado, sempre que se fizer oportuno. • Solicitar e estimular a participação da família, quando presente, e da equipe de Enfermagem, quando possível, nas atividades educacionais desenvolvidas. • Estimular a participação do paciente no seu tratamento, enquanto internado a nível domiciliar. • *Relacionar levantamento das instituições da rede pública de Florianópolis, que oferecem serviços de apoio a pacientes crônicos. • Resgatar as atividades de promoção à saúde já existentes na instituição e que possam contribuir para o autocuidado dos pacientes. • Salientar a importância do acompanhamento periódico de saúde nos serviços de atenção primária de sua comunidade. • Conscientizar a equipe acerca da importância da participação do paciente em seu tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem prestar orientação e fornecer subsídios para o autocuidado aos pacientes, familiares e equipe de enfermagem, através de atividades em grupo ou individuais. • As acadêmicas alcançaram este objetivo quando realizarem no mínimo duas atividades em grupo para pacientes e duas atividades que envolvam a equipe, sendo que a equipe de Enfermagem será convidada a participar das atividades com os pacientes. • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem repassar informações acerca de grupos de ajuda da instituição ou de outras instituições, onde os pacientes poderão buscar apoio e acompanhamento por profissionais de saúde.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>5. Avaliar constantemente as estratégias e métodos utilizados no processo de educação para o autocuidado, reformulando-os conforme se fizer necessário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar avaliação dos pacientes acerca dos métodos utilizados; o quão estão achando válidos, se estão conseguindo compreender e assimilar satisfatoriamente os conteúdos. • Solicitar a repetição pelo paciente da técnica do procedimento ou da orientação feita para avaliar dificuldades e limites. • Repetir ou adequar as técnicas, procedimentos e orientações, sempre que percebemos alto índice de dificuldade na execução e/ou assimilação destes por parte dos pacientes • Averiguar se as dúvidas e expectativas dos pacientes estão sendo sanadas após cada encontro educativo. • Utilizar com maior frequência os métodos que melhor forem aceitos pelos pacientes e que estejam surtindo melhor efeito. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado, quando as acadêmicas conseguirem adequar satisfatoriamente os métodos educacionais às expectativas e necessidades dos pacientes.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>6. Realizar Visita Domiciliar para avaliar, junto ao paciente e família, as facilidades e dificuldades na implementação do autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um roteiro para Visita Domiciliar, abordando os aspectos referentes a infra-estrutura do domicílio e condições sócio-econômicas que possam contribuir ou interferir nas ações de autocuidado. • Averiguar junto ao paciente e família a possibilidade da realização, pelas acadêmicas, de Visitas Domiciliares, solicitando seu consentimento. • Realizar no máximo duas Visitas Domiciliares a pacientes portadores de doença crônica, selecionados para este trabalho. • Aplicar o roteiro previamente elaborado. • Avaliar as facilidades e dificuldades do paciente e família, na implementação do autocuidado. • Adequar o plano de autocuidado frente a realidade vivenciada a nível domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas realizarem duas visitas domiciliares a dois pacientes que se encaixem nos requisitos pré-estabelecidos. • O objetivo será alcançado, quando durante a Visita Domiciliar, as acadêmicas, pacientes e familiares, fizerem a avaliação das facilidades e dificuldades na implementação do plano de autocuidado e realizarem as adequações necessárias.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>7. Expandir e atualizar conhecimentos acerca do autocuidado a pacientes portadores de doenças crônicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar levantamentos e estudos bibliográficos referentes ao autocuidado e doenças crônicas. • Participar de eventos, treinamentos e reuniões oferecidos pelos enfermeiros e demais profissionais da instituição ou de outras instituições, que tratem de assuntos referentes a doenças crônicas e autocuidado. • Discutir e/ou trocar informações com as enfermeiras e demais profissionais da saúde, atuantes no 6º andar, a fim de expandir e atualizar conhecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • As acadêmicas alcançarão o objetivo a partir do momento que iniciarem os levantamentos bibliográficos, participarem de alguns eventos e outras atividades formativas.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>8. Promover a integração das acadêmicas com a equipe de saúde que atua na unidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar as acadêmicas à equipe de saúde, discutindo o projeto de estágio e solicitando a participação da mesma para o alcance dos objetivos propostos. • Convidar e estimular a participação dos membros da equipe de Enfermagem nos momentos educativos. • Compartilhar assistência direta aos pacientes, junto a equipe de saúde. • Partilhar o processo ensino/aprendizagem com a equipe de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem envolver a equipe em momentos educativos além de conseguirem a contribuição desta para o projeto. • O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem atuar junto com a equipe na assistência, em um clima agradável.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>9. Conhecer a estrutura organizacional da instituição e situar a unidade de clínica médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a diretora do HGCR, documentos e informações referentes a organização estrutural diretiva desta instituição. • Observar a relação da instituição com o SUS no sistema de referência e contra referência. • Observar e descrever normas e rotinas assistenciais e administrativas da unidade de clínica médica. • Pedir maiores explicações, acerca do funcionamento da unidade, à coordenadora e supervisora do estágio. • Observar e descrever quantidade e qualidade dos RRHH por categoria, atribuição e distribuição por turno de trabalho da unidade de clínica médica. • Observar e descrever quantidade e qualidade dos RRMM, (guarda, controle e manutenção destes). • Identificar o processo de interrelação da Unidade de Clínica Médica com as demais unidades e os serviços de apoio (costura, lavanderia, laboratório...) • Interagir com os serviços de apoio sempre que possível, visando otimizar as ações requeridas pelos pacientes assistidos. • Apresentar e discutir sugestões de melhoria nas atividades assistenciais e administrativas desenvolvidas na unidade, às supervisoras do estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> • As acadêmicas alcançarão o objetivo quando conseguirem obter informações acerca da organização da instituição, além de situar a unidade de internação e os serviços que relacionam-se diretamente com esta. • O objetivo será alcançado, quando as acadêmicas, de posse de determinadas informações, passarem a discutir a realidade e propor mudanças necessárias para a unidade.

Objetivo Específico	Estratégias	Avaliação
<p>10. Acompanhar e executar atividades assistenciais junto aos pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar as enfermeiras da unidade que comuniquem as acadêmicas quando surgirem procedimentos técnicos que na instituição são atribuições exclusivas da enfermeira. • Comunicar o paciente acerca da nossa condição de acadêmicas, solicitando seu consentimento para a realização do procedimento. • Orientar o paciente antes de cada procedimento. • Realizar os procedimentos respeitando os princípios técnicos-científicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado a medida que as acadêmicas forem realizando procedimentos junto aos pacientes.

OBJETIVO 1 - Propor, orientar e testar um método de Assistência de Enfermagem a pacientes crônicos, internados na Clínica Médica do HGCR.

- Promover o conhecimento da teoria de D.OREM e do método pedagógico de PAULO FREIRE , através de informações das acadêmicas para a equipe de enfermagem.

Com o intuito de introduzir as primeiras noções acerca do que tratam D.OREM e PAULO FREIRE apresentamos para a equipe a nossa proposta de trabalho e os princípios que a norteavam.

Assim, reunimo-nos com os funcionários para a apresentação e discussão do nosso projeto assistencial. Neste momento, destinamos enfoque especial à teoria de enfermagem, por nós utilizada e os seus construtos básicos. Ativemo-nos, também a orientação do porque e da importância de associar-se o método pedagógico de PAULO FREIRE a esta teoria.

Tendo ficado clara para toda a equipe de enfermagem, quais as nossas propostas de trabalho, partimos para a prática. Através desta, os funcionários puderam compreender como se aplica a teoria do autocuidado e a importância de se ter associado a esta uma proposta de educação participativa.

- Selecionar ao longo do período de estágio, 4 pacientes para a aplicação do processo proposto por OREM.

Iniciamos o processo de seleção dos pacientes, fazendo um levantamento dos pacientes internados. Neste primeiro momento acumulamos dados chaves (sexo, idade, procedência, escolaridade, data de internação e diagnóstico base) sobre todos os indivíduos hospitalizados no 6º andar.

A partir deste quadro de levantamento, passamos, num segundo momento, a selecionar os pacientes que se encaixavam nos pré-requisitos por nós estabelecidos.

Fez-se necessário estabelecer estes pré-requisitos a fim de facilitar nosso estudo, haja visto que trabalharíamos com patologias crônicas de grande incidência, com indivíduos em uma faixa etária na qual podem ser responsáveis pelo seu cuidado e que realmente estão

aptos a participar tanto de atividades individuais como coletivas para a promoção do autocuidado.

Após esta seleção solitávamos a permissão dos pacientes e caso estes concordassem com nossos objetivos e critérios, firmávamos um contrato verbal com os mesmos e passávamos à aplicação do processo.

- Aplicar o processo de enfermagem adaptado aos princípios propostos por OREM.
- Prestar assistência integral aos pacientes estimulando o autocuidado.
- Fazer os registros de enfermagem utilizando a terminologia proposta por OREM.

Destacamos que, dos quatro pacientes selecionados, cada acadêmica foi responsável pela aplicação do processo com dois pacientes, e que só iniciamos o processo com o segundo paciente após termos concluído as atividades com o primeiro.

Assim, direcionamos nossa assistência com o propósito de seguir os passos que compõem o processo, sendo eles:

1. “A determinação inicial e subsequente da razão pela qual o paciente deva estar sob cuidados profissionais.
2. O planejamento da assistência de enfermagem de acordo com o sistema de enfermagem planejado.
3. O início, condução e controle de ações de auxílio para; compensar as limitações de autocuidado do paciente; sobrepujar possíveis limitações de autocuidado; e encorajar e proteger as habilidades de autocuidado do paciente” (GEORGE, 1993).

Para nos auxiliar na execussão destas atividades, utilizamos, num primeiro momento, um instrumento previamente elaborado, para direcionar a coleta de dados acerca da condição de saúde - doença dos pacientes. Num segundo momento identificamos os déficits e os desvios de saúde, traçávamos metas e objetivos, dentro de um plano de autocuidado, e partíamos para a instrumentalização do paciente e família para o autocuidado, buscando sempre iniciar pelo que era mais concreto e fazia parte da realidade do indivíduo.

Segundo OREM apud GUIMARÃES (1989) “a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos”.

Acreditando, que durante a assistência poderíamos desenvolver ações de autocuidado, procuramos, diariamente, auxiliar o paciente nos cuidados. A partir da assistência constatamos que foi possível implementar ações de autocuidado além, de inteirarmo-nos com maior profundidade e mais significativamente dos aspectos bio-psico-sociais e culturais que norteavam a existência do paciente.

Ao final de cada manhã, registrávamos sob a forma de SOAP, nas folhas de evolução de enfermagem, e utilizando terminologia adequada, todas as ações de autocuidado promovidas além das condições de saúde-doença do paciente naquele período.

Segundo DANIEL (1981), “seria impossível reter na mente toda informação colhida num estudo bio-psico-sócio-espiritual de uma pessoa; portanto torna-se indispensável o registro das mesmas, de forma sistemáticas”. Para nós, foi importante registrar, não somente com o intuito de armazenar dados, mas também de informar a equipe de saúde acerca de que está sendo realizado junto do paciente e fornecer novos dados acerca da situação saúde-doença da mesmo.

- Avaliar e criticar a utilização do referencial teórico de D.OREM, associado ao método pedagógico de PAULO FREIRE, na assistência a pacientes portadores de doenças crônicas.

A avaliação e crítica aqui proposta estará descrita em capítulo posterior.

- Apresentar o relatório final à equipe de enfermagem, afim de compartilharmos as experiências vivenciadas e os conhecimentos adquiridos.

Esta apresentação será realizada após a avaliação final da banca.

Avaliação do Objetivo 1.

Acreditamos ter cumprido parcialmente este objetivo, pois ainda não tivemos a oportunidade de apresentar este relatório à Equipe de Enfermagem do campo onde atuamos. No entanto, acreditamos ter cumprido com o intuito deste objetivo, haja visto que conseguimos propor um método de assistência a pacientes crônicos, familiarizamos a equipe da Enfermagem com este método e comprovamos na prática que é possível trabalhar com pacientes crônicos conforme o proposto.

OBJETIVO 2 - Indentificar o conhecimento prévio que o indivíduo, portador de doença crônica, possui acerca do seu estado de saúde-doença.

- Esclarecer ao paciente quem somos e o que pretendemos realizar durante o estágio.

Segundo a Carta Brasileira dos Direitos do Paciente apud BARCHIFONTAINE e cols (1987), “toda pessoa necessitada de cuidados de saúde tem o direito, entre outros, de ser considerada como sujeito do processo de atendimento a que será submetido, de conhecer as pessoas responsáveis pelo seu tratamento e de manter relacionamento com as mesmas”.

Embasadas nestes princípios acreditamos que foi sumamente importante deixar claro a todos os pacientes indistintamente, quem somos e o que pretendíamos realizar. Desta forma fomos cumprindo esta estratégia ao longo do estágio, haja visto que a cada visita diária sentíamos a necessidade de esclarecer pontos que não tivessem ficado elucidados num primeiro momento. Fez-se necessário também a nossa apresentação a cada nova internação na unidade.

Acreditamos que durante o estágio, os pacientes puderam perceber que o intuito da nossa presença no setor era diferenciado ao da equipe de Enfermagem, pois quando as aflições de muitos deles poderiam ser sanadas com esclarecimentos e orientação éramos nós por quem eles procuravam.

- Estabelecer vínculos com os pacientes, através de visitas diárias enquanto estivessem internados.

A visita diária é a forma pela qual o enfermeiro detecta as demandas terapêuticas e os desvios de saúde do paciente.

Para tanto é de fundamental importância que o profissional tenha participado da passagem de plantão e tenha feito avaliação dos dados e registros do prontuário (exames complementares, gráficos de sinais e evoluções).

No momento da visita o enfermeiro tem a oportunidade de prestar um atendimento individualizado e estabelecer vínculos com o paciente e acompanhante.

A partir do estabelecimento da interação enfermeiro / paciente, abre-se o canal de comunicação que possibilita ao profissional identificar o conhecimento prévio do paciente acerca de sua situação saúde-doença, crenças e valores sobre a mesma.

Em nosso estágio realizamos, sistematicamente, visita a todos os pacientes da unidade, o que nos oportunizou estabelecer vínculos e avaliar mais de perto o funcionamento do serviço. Detectamos problemas assistenciais e administrativos e tivemos ainda a possibilidade de fazer-nos conhecer pelos pacientes e conhecê-los dentro de suas particularidades.

- Solicitar permissão dos pacientes selecionados para podermos realizar nosso projeto junto a eles.

Após a seleção dos pacientes com os quais gostaríamos de aplicar o processo, passávamos a acompanhá-los mais amiúde no que tange a administração de medicação, auxílio na realização dos cuidados de higiene e conforto, esclarecimentos sob medicações e/ou procedimentos que realizaria entre outros. Com isto, promovíamos uma maior interação com os pacientes, o que em muito contribuiria em momentos posterior. A partir disso apresentávamos aos pacientes pré-selecionados, nossos objetivos e estratégias e aguardávamos pela decisão final do paciente em trabalhar conosco ou não. Vale ressaltar que nenhum dos pacientes previamente selecionados recusou-se a participar da implementação do nosso projeto.

Estando firmado um “contrato” verbal para trabalharmos juntos, nos era claro que o papel da enfermagem, segundo GEORGE (1993) é o de “promover o paciente para um agente de autocuidado”. Assim, estamos cientes que a relação estabelecida entre as acadêmicas e pacientes, trata-se de um processo interpessoal recíproco evolutivo e dinâmico que segundo TRAVELBEE (1979), define-se como “a experiência vivenciada pela enfermeira e paciente na relação estabelecida, onde ambos absorvem, desenvolvem interpretações, tomam decisões, atuam e avaliam suas próprias ações e as ações do outro”.

- Questionar os pacientes sobre a doença da qual são portadores, abordando os aspectos relacionados a fisiopatologia, complicações, tratamentos medicamentosos e não medicamentosos.

No que diz respeito aos pacientes selecionados buscávamos fazer alguns questionamentos logo nos primeiros contatos, pois desta forma conseguíamos identificar o conhecimento prévio dos pacientes ainda sem a interferência das nossas orientações. Conseguíamos também, obter este tipo de informação quando da aplicação do instrumento, esse é provido de itens que nos permitiam arguir frente a diversas situações trazidas pela doença crônica e as complicações e condutas adotadas em cada situação.

Quanto aos pacientes não selecionados, aproveitamos os momentos de contato com os mesmos (visita diária, realização de procedimentos e técnicas, conversas em fundo de corredor e outros) para resgatar a sua percepção, no que tange os pontos levantados nesta estratégia, a fim de que mesmo informalmente pudéssemos prestar esclarecimentos e confirmar posturas corretas.

Assim, concordamos com GRAMSCI apud ALONSO (1994), quando afirma que “... todo indivíduo não é somente a síntese das relações existentes, mas também a história destas relações, isto é, o resumo de todo passado”, justificando-se desta forma a necessidade que sentimos de inteirarmo-nos dos conhecimentos prévios de cada indivíduo.

Avaliação do Objetivo 2

Este objetivo foi amplamente alcançado, visto que conseguimos nos fazer conhecer por todos os pacientes que passaram pela Unidade, informando-lhes da nossa condição de acadêmicas e esclarecendo o propósito da nossa presença neste local.

Foram sistemáticas e diárias as nossas visitas a todos os pacientes da unidade. Através destas estabelecemos vínculos com os pacientes e alguns familiares podendo interar-nos dos seus pensamentos e conhecimentos sobre a situação saúde-doença como indivíduo portador de doença crônica. Esses vínculos com os pacientes em muito contribuíram na seleção dos pacientes. Acreditamos que a seleção não era feita só por nós, de certa forma também éramos submetidas a seleção por parte dos pacientes.

OBJETIVO 3 - Reconhecer as capacidades e limitações dos pacientes crônicos selecionados para executarem o autocuidado.

- Fazer um levantamento da história pregressa dos pacientes selecionados nos registros de saúde da instituição (prontuários).

Com intuito de levantar a história de saúde doença dos pacientes selecionados para este trabalho, realizamos a coleta de todos os dados pertinentes a sua história clínica, contida nos prontuários.

Atentamo-nos para os seguintes documentos: folha de identificação e diagnóstico base, folhas de evolução de enfermagem, resultados de exames complementares de diagnóstico, tais como: rádio-imagem, laboratório, eletrocardiograma e eletroencefalograma.

Conseguimos por meio destes documentos angariar alguns dados significativos acerca do estado de saúde destes pacientes. Porém vale ressaltar que tais dados muitas vezes não constavam no prontuário como o preconizado.

- Realizar exame físico completo, com o proposito de melhor avaliar o estado geral do paciente.

Segundo JACKSON, apud FERREIRA (mineo), “se realizado sistematicamente, o exame físico proporciona grandes beneficios para a qualidade da assistência: fornece uma avaliação externa do paciente e, juntamente com a entrevista, oferece uma visão do cliente sobre seus hábitos de saúde, estudo de vida, crenças e valores, fatores de riscos e, se a atenção do enfermeiro estiver voltada para a interpretação do que está sendo observado e

falado pelo cliente, fornece também o grau de desenvoltura e de habilidade do cliente para atender a si próprio”.

Primamos por realizar, diária e sistematicamente, o exame físico completo junto ao paciente em estudo, durante o período no qual esteve hospitalizado. Além de realizar de forma simplificada, porém criteriosa, nos demais pacientes da unidade durante as visitas diárias.

Empenhamo-nos em seguir os princípios que norteiam esta técnica, ficando a nosso encargo o registro da evolução do paciente em estudo, nos impressos destinados à enfermagem. Optamos por registrar em forma de SOAP (Sistema WEED), nas folhas de evolução de enfermagem.

- Conhecer e esclarecer as dúvidas e expectativas, anseios e perspectivas dos pacientes frente a doença e o tratamento.

- Investigar junto ao paciente aspectos relacionados a sua rede de suporte social.

“O foco, e o estímulo do serviço profissional de Enfermagem são o paciente e as suas necessidades”. (ORLANDO, 1978).

* Mediante esta afirmação, concentramos todos os nossos esforços para atuarmos junto ao paciente buscando atendê-lo como um ser bio-psico-social e espiritual, observando seus hábitos de vida anteriores e as alterações nestes hábitos, devido a condição atual de saúde-doença e o processo de hospitalização.

Sendo assim, alcançamos uma interação, com o paciente e seus familiares, o que nos possibilitou conhecer as suas crenças e valores, e embasar o saber popular com o conhecimento científico. Deste modo, partimos da realidade vivenciada pelo paciente para subsidiar a operacionalização do autocuidado.

Acreditamos que a informação adequada sobre a doença e o tratamento contribuem para que o indivíduo assuma o papel de agente na sua condição de saúde-doença.

Outro fator que determina a participação do paciente no seu plano de cuidados é a interferência da rede de suporte social. Possivelmente, se o paciente for apoiado pelos

amigos e familiares, automaticamente terá maiores disponibilidades para promover o autocuidado. Mediante isso, procuramos investigar a rede de suporte social dos pacientes com o intuito de detectar falhas que pudessem inviabilizar o engajamento do paciente no seu tratamento e na busca de qualidade de vida.

Assim, acreditamos que “os caminhos e os meios requeridos para o autocuidado são elementos da cultura e variam com os indivíduos e os diversos grupos”. (OREM, 1985).

- Interagir junto a equipe de saúde, com o objetivo de angariar maiores informações acerca do paciente e melhor acompanhar seu quadro clínico.

Era de nosso interesse, que durante o período de estágio, toda a equipe fosse envolvida na implementação do plano de autocuidado dos pacientes.

Para tanto, buscamos a interação com esta equipe, fazendo desta uma ponte de informações sobre o paciente, nos momentos em que não nos fazíamos presentes na unidade.

Acreditamos que o trabalho executado por uma equipe interdisciplinar, promove a integração de todos os aspectos do plano de tratamento, fazendo com que dados importantes não fiquem despercebidos.

Ao longo de nossa permanência em campo, procuramos nos integrar a equipe de saúde e desta forma compartilhar informações sobre o paciente, discutir condutas e adequar o plano de autocuidado. A partir do momento que trabalhávamos em equipe, conseguíamos facilitar o envolvimento dos pacientes com os demais membros desta mesma equipe.

Avaliação do Objetivo 3

Este objetivo foi alcançado, haja visto que conseguimos tomar conhecimento da história de saúde doença dos pacientes selecionados, quer por meio de entrevistas e exames físicos aos pacientes, ou por meio de informação orais e escritas da equipe de saúde.

OBJETIVO 4 - Promover ações educativas que visam o autocuidado.

- Realizar orientações individuais acerca do autocuidado sempre que se fizer oportuno.

Em relação à educação em saúde, o que se percebe é que esta sempre esteve presente nas políticas oficiais de saúde, mas que segundo GONZAGA (1992), “apesar das mudanças no discurso na grande maioria das práticas, permaneceu o caráter normativo e regular, de transmissão de informações acríticas, sem questionar nem mesmo as relações de poder existentes no seio das próprias práticas e, muito menos, o contexto histórico - social em que se concretizam”. “Saúde e educação são práticas sociais articuladas”, segundo MELLO apud GONZAGA (1992), e o “enfermeiro, como profissional de saúde, não pode mais se negar a assumir os reflexos desta articulação no seu trabalho” GONZAGA (1992).

NO transcurso do nosso estágio procuramos assumir efetivamente o papel de “educadores em saúde”, mas educadores dispostos a trocar informações, contextualizar experiências e servirmos efetivamente de mediadores de certos conhecimentos científicos. Buscamos, sempre que se fez oportuno, prestar orientações individuais tanto aos pacientes selecionados quanto aos demais pacientes da unidade.

A medida em que fomos estabelecendo vínculos com os pacientes, estes solicitavam as nossas orientações fazendo questionamentos sobre a sua situação de saúde - doença, exames a serem realizados, tratamentos e outros.

Sempre que sentimos a necessidade de prestar algum esclarecimento ou que este era-nos solicitado, realizamos prontamente, momentos de orientação individual ou envolvendo familiares.

- Solicitar e estimular a participação da família, quando presente, e da equipe de Enfermagem, quando possível, nas atividades educacionais desenvolvidas.

O ser humano por si só é um ser sociável. A família constitui o grupo de convívio mais próximo, da maioria dos indivíduos. A partir do momento em que as pessoas precisam de uma hospitalização, passam a conviver significativamente com a equipe de Enfermagem.

Portanto, durante o período de internação hospitalar, a família e a equipe de Enfermagem são os vínculos mais próximos do paciente.

Durante o período de estágio, buscamos envolver os familiares e a equipe de Enfermagem, nos momentos educativos, tanto individuais como coletivos.

Entendemos que trabalhar com os familiares e os demais membros da equipe de Enfermagem, é um incentivo ao portador de doença crônica.

Sempre que foi possível buscamos combinar a horário de disponibilidade dos familiares com o horário das atividades educativas, para que estes pudessem participar junto com o paciente.

Por outro lado, a equipe era estimulada, através de convites verbais e escritos para participar das atividades educativas coletivas; para as atividades individuais, somente o convite verbal se fez necessário.

BRUNNER (1994) ressalta a importância de se envolver, os familiares e a equipe no processo de orientação dos pacientes afirmando que, “os familiares proporcionam uma fonte de reforço e podem ajudar o paciente a recordar as instruções posteriormente. Eles também podem fornecer informações valiosas a respeito da situação vital do paciente e das necessidades de aprendizado a ela relacionadas. Quando o enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde trabalham em colaboração com o paciente e familiares, as chances de êxito são aumentadas ao máximo”.

Uma orientação eficaz melhora a capacidade de autocuidado, o pode aumentar a auto estima e facilitar a continuidade da implementação do autocuidado.

- Estimular a participação do paciente no seu tratamento, enquanto internado a nível hospitalar.

Os quatro pacientes selecionados para a aplicação do processo de Enfermagem, encaixam-se no terceiro sistema de Enfermagem proposto por OREM, o sistema de apoio-educação. Nele a “pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar, medidas de autocuidado terapêutico de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio. Nesse sistema o paciente está fazendo tudo relacionado com o seu autocuidado. As

exigências do paciente quanto ao autocuidado resumem-se à tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades” (OREM apud GEORGE, 1993).

Acreditando nos princípios expostos neste sistema de Enfermagem, buscamos envolver os pacientes, ao máximo, nas atividades que promovessem o autocuidado e que fornecessem subsídios para a implementação deste, ou os incentivassem a tomar decisões no plano de autocuidado.

Durante todo o período em que trabalhamos mais de perto com cada paciente, procuramos fazer destes o agente principal do seu autocuidado. Deste modo, era constante o nosso incentivo para que o paciente participasse efetivamente do processo de cuidado, pois trabalhando juntos alcançaríamos as metas propostas como mais facilidades.

- Realizar levantamento das instituições da rede pública de Florianópolis que oferecem serviços de apoio a pacientes crônicos.

Logo no início do estágio, buscamos informações acerca das instituições públicas de Florianópolis que oferecem algum acompanhamento ao paciente crônico, com o intuito de poder encaminhar os pacientes, posteriormente.

Tomamos conhecimento dos grupos de apoio existentes na Policlínica de Referência Regional, sendo eles: apoio para diabéticos, hipertensos, hansenianos e portadores de osteoporose.

No Hospital Universitário faz-se atendimento ambulatorial de controle para diabéticos e hipertensos.

A Associação Catarinense de Reabilitação presta serviços de fisioterapia diversos e fonoaudiologia.

Ressaltamos que toda a Rede Pública Municipal de Saúde, faz atendimento ambulatorial, recebendo o paciente crônico para controles periódicos e consultas Médicas e de Enfermagem, quando estes profissionais encontram-se nos Centros de Saúde.

Estando de posse destes dados, buscamos orientar para que os pacientes procurassem os serviços de apoio que correspondessem a sua necessidade e mantivessem um padrão de controle após a alta hospitalar.

- Resgatar as atividades de promoção à saúde já existentes na Instituição e que possam contribuir para o autocuidado dos pacientes.

Ao investigarmos as atividades já existentes na Instituição, fomos informadas de que os pacientes poderiam ser encaminhados para atendimento ambulatorial onde receberiam orientações e fariam os controles necessários. O ambulatório oferece serviços médicos, de enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia e odontologia.

Está em fase final de estruturação, o GAD (Grupo de Assistência ao Paciente Diabético) que é composto por uma equipe interdisciplinar e tem projetos para o acompanhamento do diabético tanto a nível hospitalar quanto ambulatorial.

Assim, percebemos que dentro da Instituição o atendimento específico a crônico é restrito o que implica na busca de recursos assistenciais pós-alta em outras instituições.

- Salientar a importância do acompanhamento de saúde nos serviços de atenção primária de sua comunidade.

O acompanhamento periódico, pelos pacientes portadores de doenças crônicas, faz-se necessário a fim de prevenir complicações e/ou detectar precocemente qualquer alteração no padrão de funcionamento do organismo.

Acreditando que a prevenção é o melhor caminho para uma vida com qualidade, incentivamos os pacientes crônicos a buscarem serviços de saúde para acompanhamento periódico e assim adequarem seus tratamentos medicamentosos e não medicamentosos frente a situações de desvios mínimos.

Durante o tempo de permanência dos pacientes a nível hospitalar procuramos salientar junto a estes e a seus familiares a importância do acompanhamento periódico de saúde, resta saber se estes tomaram consciência da relevância destes acompanhamentos e incorporaram esta prática nos seus hábitos de vida.

- Conscientizar a equipe acerca da importância da participação do paciente no seu tratamento.

Não basta que o paciente conscientize-se da sua importância no desempenho do autocuidado, se a equipe de saúde não oferecer espaço a sua participação e insistir em acomodá-lo como “paciente” receptor de cuidados. Para que isto não viesse a acontecer em meio a implementação do plano de autocuidado dos pacientes selecionados, promovemos, mediante a apresentação do nosso projeto, a divulgação da proposta de atuação e os princípios que direcionavam a nossa prática neste campo. Feito isso, salientamos aos membros da equipe de Enfermagem a importância da sua participação e empenho para que fosse possível praticar a nossa proposta.

Quanto aos demais profissionais de saúde envolvidos na assistência dos pacientes selecionados, procuramos conversar individualmente explicando-lhes qual era o propósito de nossa atuação neste campo e solicitando a sua colaboração.

Verificamos que é possível contar com o apoio efetivo de toda a equipe de saúde e que quando há envolvimento de todos o paciente atua como agente do autocuidado.

Avaliação do Objetivo 4.

Acreditamos ter alcançado este objetivo, pois conseguimos promover ações educativas individuais e coletivas, nas quais procuramos valorizar o autocuidado e instrumentalizar pacientes, famílias e equipe para a promoção deste. Fornecemos também, informações sobre grupos de apoio que poderiam ser procurados pelos pacientes, reforçando a importância de um acompanhamento pós-alta. Ressaltamos que as atividades educativas coletivas estarão descritas em capítulo posterior.

OBJETIVO 5 - Avaliar constantemente as estratégias e métodos utilizados no processo de educação para o autocuidado, reformulando-os conforme se fizer necessário.

- Solicitar avaliação dos pacientes acerca dos métodos utilizados, o quão estão achando válidos, se estão conseguindo compreender e assimilar satisfatoriamente os conteúdos.

- Solicitar a repetição pelo paciente da técnica, do procedimento ou da orientação feita para avaliar dificuldades e limites.

- Repetir ou readequar técnicas, procedimentos e orientações, sempre que percebemos auto índice de dificuldade na execução e ou assimilação destes por parte dos pacientes.

Para avaliarmos se as informações fornecidas para a implementação do autocuidado estavam sendo efetivas, precisávamos averiguar junto ao paciente, se os métodos utilizados foram eficazes, e se o paciente havia sido capaz de assimilar a informação transmitida ou apresentou dificuldades em compreendê-la.

Estabelecemos que mediante qualquer dificuldade ou limite do paciente em receber uma informação, ou das acadêmicas em repassar esta informação, retomariamos os esclarecimentos buscando um novo método que atendesse as necessidades de ambos.

E assim, foram trabalhados todos os momentos educativos que estabelecemos com os pacientes e familiares.

A cada informação prestada, era solicitado que o orientando repetisse o que havia compreendido e assimilado. Frente a isso, se o paciente e/ou familiar conseguisse repetir adequadamente a informação, acreditávamos que o método utilizado havia sido eficaz, e a orientação seria retomada somente com o intuito de reafirmação, caso contrário, reavaliávamos os métodos utilizados, buscando uma nova forma de orientação ou talvez utilizando um método pelo qual o paciente já havia assimilado dados anteriores.

Após a escolha de nossos métodos de explanação, passávamos a repetir a técnica, procedimento ou orientação necessária, quantas vezes fosse oportuno até que o orientando absorvesse a informação.

A repetição foi uma excelente forma de avaliação da aprendizagem do paciente, pois por mais que tentássemos partir do conhecimento prévio e da realidade de cada indivíduo, deparamos com fatores tais como: a disponibilidade para aprender naquele momento, a hospitalização, a idade, o grau de escolaridade e os déficits trazidos pela doença, que influenciavam na aquisição de informações. Com a repetição da técnica, procedimentos ou orientação, por parte do paciente e/ ou familiar detectávamos onde retomar a informação.

Sentimos que o feed-back da orientação prestada deve ser feito tão logo se complete a informação, afim de que juntos, pacientes e enfermeiros, possam avaliar os resultados obtidos e, se necessário, programarem uma nova discussão do tema proposto.

- Averiguar se as dúvidas e expectativas dos pacientes estão sendo sanadas após cada encontro educativo.

Estabelecemos que os encontros educativos individuais seriam programados com os pacientes e executados no dia seguinte. Assim, o paciente e família teriam tempo para organizar as suas dúvidas e elaborar seus questionamentos.

Quando nos encontrávamos para a execussão da atividade, fazíamos num primeiro momento o levantamento das dúvidas e expectativas, bem como do conhecimento prévio dos indivíduos. No segundo momento, partindo deste levantamento, passávamos a discutí-los, a repassar novas informações e executar a técnica ou procedimento que tínhamos programado. O terceiro momento voltava-se para a repetição das informações, por parte do paciente, reorientação, se necessária, e avaliação.

Creemos que desta forma, conseguimos sanar as dúvidas do paciente, pois era a partir delas que executávamos as orientações de incentivos e instrumentalização para o autocuidado.

- Utilizar com maior frequência os métodos que melhor fossem aceitos pelos pacientes e que estivessem surtindo melhor efeito.

Realizamos, ao longo do estágio, atividades educativas individuais e coletivas.

Percebemos que as atividades individuais surtiam melhores efeitos, pois eram programadas com o paciente, levando em conta as suas dúvidas e expectativas. Outro dado relevante, é que quando a orientação era feita individualmente, o paciente sentia-se mais a vontade para levantar dúvidas e fazer questionamentos.

Desenvolvemos, também, atividades educativas informais para pequenos grupos. Por vezes, os próprios pacientes solicitavam orientações acerca de exames, cuidados, tratamentos, sintomatologias e outros. Assim, reuníamos os interessados no final do corredor ou no quarto de um dos pacientes e prestávamos os esclarecimentos necessários. Desta forma, a atividade educativa, também trazia resultados positivos, pois tratávamos de assuntos de interesse comum do grupo, partindo das suas dúvidas.

No que se refere as atividades educativas coletivas formais, entendemos que as dificuldades com espaço físico, tempo, disponibilidade comum dos pacientes e outros, sobressaíram -se aos benefícios trazidos para os pacientes. Assim sendo, acreditamos que no campo onde estávamos atuando, as atividades coletivas sistematizadas não eram a melhor opção para oferecermos informações acerca do autocuidado. Era difícil reunir os pacientes para uma atividade e quando conseguia-mos fazê-lo, os mesmos mostravam-se incômodos pois seu pensamento estava voltado a outras preocupações tais como: a passagem dos médicos e a coleta de material para exames.

Desta forma, investimos nas orientações individuais e na orientação de grupos afins, estipulados pelos próprios pacientes.

Avaliação do Objetivo 5

Durante o estágio, buscamos a adequação dos nossos métodos de educação para o autocuidado, mediante a avaliação dos próprios pacientes e a nossa percepção acerca da atividade desenvolvida. Assim, entendemos que as expectativas e necessidades dos

pacientes foram atendidas, pois na maioria das vezes os próprios pacientes sugeriam o tema a ser abordado. Com isso, acreditamos ter alcançado este objetivo.

OBJETIVO 6 - Realizar Visita Domiciliar, para avaliar, junto ao paciente e família as facilidades e dificuldade na implementação do autocuidado.

- Elaborar um roteiro para Visita Domiciliar, abordando os aspectos referentes a infra-estrutura do domicílio e condições sócio-econômico que possam contribuir ou interferir nas ações de autocuidado.

Era intuito das acadêmicas que a Visita Domiciliar fosse o mais participativa possível, e que emergissem de colocações do paciente e familiares as situações problemas, tanto a nível de implementação do autocuidado quanto de condições de moradia e relacionamentos familiares. Desta mesma forma, levantaríamos facilidades na efetivação do autocuidado e pontos positivos na história familiar.

Invstindo nestes princípios, buscamos fugir dos métodos tradicionais utilizados para desenvolver programas de educação em saúde. Voltamo-nos pois, para uma linha educativa onde “é necessário que os indivíduos reflitam sobre a sua realidade, que contextualizem as suas necessidades em seu viver cotidiano e identifiquem seus problemas, através do exercício de problematizar as suas situações de vida”. (ALONSO, 1994).

Assim, utilizamos um roteiro que é composto de: dados de identificação do cliente, objetivos da Visita Dimiciliar (geral e específicos), atividades previstas e material a ser utilizado. Registramos as visitas sob a forma de SOAP.

Mediante isso, tivemos a oportunidade de direcionar conversas e atividades de acordo com as necessidades do paciente e família, sem deixar de buscar as informações e fazer as avaliações que prevíamos, de acordo com a realidade encontrada.

- Averiguar junto ao paciente e família a possibilidade da realização pelas acadêmicas de visitas domiciliares solicitando seu consentimento.

A visita domiciliar possibilita, conforme NOGUEIRA & FONSECA apud PADILHA e cols. (mimeo), “o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto, caracterizado pelas condições de habitação, ou pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos importantes fatores a serem identificados para a prestação da assistência integral à saúde”.

Estes autores ainda ressaltam “a importância da abordagem familiar para a assistência à saúde adequada, salientando-se que o ambiente familiar quer sob os aspectos de relacionamento afetivo-social, quer sob os aspectos físicos, se constitui no conjunto das mais mais poderosas forças que influenciam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos”.

Tomando por nossos os conceitos dos autores supra citados, acreditamos que a continuidade e a efetivação do autocuidado se dará sob a influência dos vários fatores que permeiam as relações sociais e familiares.

Assim, consideramos sumamente importante, o acompanhamento dos pacientes a nível domiciliar, especialmente nos primeiros dias pós-alta onde estes terão que desenvolver uma competência para o autocuidado, frente as exigências terapêuticas que a sua condição de saúde-doença requer.

A partir da seleção dos pacientes para visita domiciliar, tanto estes quanto seus familiares mais próximos (esposas), foram consultados sob a possibilidade de realizarmos as visitas, além de juntos a estes discutirmos a disponibilidade de data e horário mais adequadas para todos.

Em âmbito hospitalar os dois pacientes escolhidos, bem como suas esposas concordaram com a realização das visitas domiciliares, inclusive marcando o dia e horário da realização da primeira visita, por ocasião da alta.

- Realizar no máximo duas visitas domiciliares a pacientes portadores de doença crônica, selecionados para este trabalho.

Tivemos o cuidado de selecionar para a aplicação do processo de Enfermagem, dois pacientes domiciliados nesta cidade (Florianópolis) a fim de podermos realizar as visitas domiciliares.

Assim, previmos a realização das visitas domiciliares com dois dos pacientes, com os quais tínhamos iniciado o processo de Enfermagem e orientado para o autocuidado. Tendo obtido o consentimento do paciente e família, marcamos a primeira visita.

O primeiro paciente desmarcou a visita por 3 vezes consecutivas, não nos oportunizando a realização da mesma. Com o segundo paciente conseguimos realizar as duas visitas domiciliares, avaliando e ajustando as nossas orientações em benefício do autocuidado.

Maiores informações sobre as visitas domiciliares e a justificativa da não realização destas com um dos pacientes, serão apresentadas em capítulo posterior.

- Aplicar o roteiro previamente elaborado.

- Avaliar as facilidades e dificuldades do paciente e família na implementação do autocuidado.

A aplicação do roteiro deu-se em ambas as visitas domiciliares feitas ao paciente e família. O consentimento foi obtido em ambiente hospitalar, quando explicávamos o intuito da visita e o que pretendíamos realizar.

Sentimos que o fato de se ter um roteiro que permita a participação do paciente e familiares, e que seja flexível ao ponto de se poder trabalhar com a realidade do indivíduo tal qual ela se apresenta, tenha contribuído em muito na aplicação do mesmo. Acreditamos que, desta forma a visita tenha tornando-se um momento agradável para todos, pois não nos sentimos angustiadas por ter a obrigatoriedade de levantar dados em uma sequência rígida e tratando de assuntos que não são prioritários para o paciente; e o paciente e família puderam fazer colocações de acordo com as suas necessidades.

Assim entendemos que o roteiro tenha facilitado e dinamizado as nossas visitas sem tornar-se um obstáculo. O paciente foi o sujeito do seu processo de cuidado onde, segundo NORONHA (1986), “a decisão, a liberdade e participação, são os pontos fundamentais para o desenvolvimento do autocuidado”.

A medida em que íamos estabelecendo um diálogo e efetivo com o paciente e família, conseguimos identificar as facilidades e as dificuldades na implementação do autocuidado. Os familiares e o próprio paciente foram hábeis ao relatar as experiências bem sucedidas, como também souberam explicar as dificuldades que surgiram.

Frente a esta situação, buscamos junto ao paciente e família traçar soluções para os problemas emergentes e reforçar os pontos positivos na efetivação do autocuidado.

- Adequar o plano de autocuidado frente a realidade vivenciada pelo paciente a nível domiciliar.

A medida que foram surgindo dúvidas ou necessidades de repadronizar algumas informações e até prestar esclarecimentos não previstos, fomos adequando nosso planejamento. Ao tomarmos esta posição, acreditamos estar construindo junto com o paciente e família o conhecimento necessário para a implementação do autocuidado e desta forma, incentivando-os a assumirem este autocuidado de acordo com os recursos disponíveis na sua vida diária.

Avaliação do Objetivo 6

Este objetivo foi cumprido parcialmente, haja visto que por motivos alheios a nossa vontade não conseguimos realizar as visitas com o número de pacientes previstos.

Contudo, no que se refere as visitas realizadas, acreditamos ter conseguido alcançar o objetivo, pois esgotamos os itens previstos no roteiro, mediante a participação constante e atenta do paciente e familiares. Tivemos a oportunidade de identificar déficits de autocuidado, desvios de saúde além de reforçarmos orientações e reafirmarmos situações positivas e repadronizarmos situações de risco em potencial.

OBJETIVO 7 - Expandir e atualizar conhecimentos acerca do autocuidado a pacientes portadores de doenças crônicas.

- Realizar levantamento e estudos bibliográficos referentes ao autocuidado e doenças crônicas.
- Discutir e /ou trocar informações com as enfermeiras e demais profissionais de saúde, atuantes no 6º andar, a fim de expandir e atualizar conhecimentos.

Ao longo de todo período de atividades em campo, procuramos realizar leituras, fichamento e discussões que pudessem contribuir com informações e/ou aprimoramento de conhecimentos anteriores.

A fim de promover o autocuidado a pacientes crônicos com mais eficiência, buscamos junto ao NUCRON (Núcleo do Crônico), ampliar nossos conhecimentos acerca dos vários aspectos da situação crônica de saúde-doença. O NUCRON é um grupo de pesquisa da enfermagem - UFSC, está sediado na Casa Vida e Saúde e trabalha com atenção e pesquisa voltada aos indivíduos portadores de doenças crônicas.

Além de propiciarem a aquisição de novos conhecimentos, as atividades acima citadas, contribuíram para a organização dos capítulos de revisão da literatura e referencial teórico.

- Participar de eventos, treinamentos e reuniões oferecidos pelos enfermeiros e demais profissionais da instituição ou de outras instituições que tratem de assuntos referentes a doenças crônicas e autocuidado.

Durante o período de estágio tivemos a oportunidade de participar do GAD (Grupo de Assistência ao Paciente Diabético), que estava em fase de implementação no Hospital Governador Celso Ramos, e uma Mesa Redonda em comemoração ao Dia Mundial do Diabético.

A descrição e avaliação destes eventos seguem-se abaixo.

1. GAD - Grupo de Assistência ao Paciente Diabético

O GAD é fruto da vontade e necessidade, de um grupo de profissionais do Hospital Governador Celso Ramos, de trabalhar melhor com o paciente diabético.

Percebendo que tinham interesses afins, os profissionais foram trocando idéias e resolveram formar o grupo. Esse é composto de médicos, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, que encontram-se todas as quintas-feiras, desde o dia primeiro de agosto do corrente ano.

Quando do início das atividades do grupo foi percebida a necessidade de um treinamento para todos os membros com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre diabéticos, padronizar as condutas a serem implementadas e determinar uma mesma linguagem.

Para tanto, foi definido o seguinte cronograma:

08/08 -	Diagnóstico de Diabetes
15/08 -	Exercício e Diabetes
22/08 -	Dieta e Diabetes
05/09 -	Insulinoterapia
11/09 -	Posse da Diretoria do GAD
12/09 -	Álcool, adoçantes e dietéticos
19/09 -	Sintomas de Hipo e Hiperglicemia
26/09 -	Métodos de Controle
04/10 -	Aspectos Sociais
11/10 -	Aspectos Psicológicos da Doença Crônica
24/10 -	Técnicas de Ensino
31/10 -	Pé-diabético / pesquisa de complicações
07/11 -	Dinâmica de operacionalização das ações dos membros do GAD
14/11 -	Escolha do primeiro paciente diabético hospitalizado, e dos profissionais que prestarão assistência.

A dinâmica de apresentação destes temas ficou sobre a responsabilidade de cada membro do grupo ou de um profissional habilitado, convidado pelo grupo.

A oficialização do grupo - GAD - e a posse da primeira diretoria deu-se aos 11 dias do mês de setembro, no auditório do Hospital Governador Celso Ramos, onde estiveram presentes funcionários, e direção do Hospital, autoridades locais e convidados especiais. A partir disso, o grupo caminha na busca de espaço físico e recursos para a estruturação do serviço.

Ao chegarmos em campo de estágio, no dia 05/09, fomos informados quanto a instalação deste grupo no hospital e fomos convidadas a participar do mesmo, bem como, do programa de treinamento.

Avaliação da Nossa Participação no Grupo

A participação das atividades de implantação desse grupo, foi válida sob dois aspectos. Primeiro, porque tivemos a oportunidade de atualizar, rever e adquirir conhecimentos acerca de vários aspectos do Diabetes. Segundo, o envolvimento com um grupo multidisciplinar, que busca a organização e a sistematização de idéias com o interesse de atender uma clientela específica, fez com que pudessemos compreender como se dá, na prática, a formação de um grupo.

Assim, com a participação no GAD, acreditamos ter adquirido subsídios que auxiliaram o nosso trabalho com o paciente crônico diabético, além de obtermos subsídios para a vida profissional, no que se refere a organização de grupos.

2. Mesa Redonda em Comemoração ao Dia Mundial do Diabético.

Este, deu-se aos catorze dias do mês de novembro de 1996 na Secretaria da Família, antiga L.B.A. O convite para o evento foi-nos passado através do Grupo de Assistência ao paciente Diabético (GAD), enviado pela Associação dos Diabéticos do Estado de Santa Catarina.

Este evento foi aberto ao público, assim participaram profissionais da área da saúde, (médicos, enfermeiros, nutricionistas), assistentes sociais, advogados, jornalistas, psicólogos, portadores de Diabetes e simpatizantes. A coordenação da mesa ficou ao cargo da Dra Mara E. Kovalski que iniciou as atividades apresentando os palestrantes e fazendo algumas considerações gerais acerca do tema proposto.

Os componentes da mesa bem como o assunto tratado por cada componente, estão abaixo relacionados:

- Dra Marisa H. C. Coral - Medicamentos e Diabetes;
- Dra Cleusa R.F. Oliva - Nutrição / alimentos;
- Dr. Tales de Carvalho - Atividades físicas e saúde;
- Bel. Antunes Severo - A revolta do diabético

Após a exposição individual de cada palestrante foram abertos debates tanto entre os técnicos quanto com a platéia. Ao término destes houve uma breve comemoração alusiva ao Dia Mundial do Diabetes.

Avaliação do Evento

Além de promover a Associação dos Diabéticos do Estado de Santa Catarina, o evento trouxe um incentivo ao paciente diabético e propôs a todos os presentes, uma oportunidade de adquirirem ou aprimorarem conhecimentos acerca do Diabetes.

Acreditamos, que eventos desta natureza deveriam ser mais frequentes e melhor divulgados.

Avaliação do Objetivo 7

Acreditamos ter alcançado este objetivo, pois concomitante a participação em eventos extra, mantivemos um ritmo produtivo de estudos e leituras que associados, nos auxiliaram a expandir e atualizar conhecimentos.

OBJETIVO 8 - Promover integração das acadêmicas com a equipe de saúde que atua na unidade.

- Apresentar as acadêmicas a equipe de saúde discutindo o projeto de estágio e solicitando a participação da mesma para o alcance dos projetos propostos.
- Convidar e estimular a participação dos membros da equipe de Enfermagem nos momentos educativos.

Nas primeiras semanas de estágio, trabalhamos para que todos os membros da Equipe de Saúde fossem capazes de nos identificar dentro da unidade e de reconhecer qual o propósito da nossa presença nesta. Para isso, nos apresentamos a equipe e discutimos com esta o nosso projeto de estágio, abrindo para críticas e sugestões, acerca do que aspirávamos realizar.

No decorer do estágio, pretendíamos manter uma integração efetiva com a equipe. Assim, convidávamos previamente, a todos para que participassem dos momentos educativos que promovíamos. Os convites eram feitos através de cartazes afixados no posto de Enfermagem e oralmente, após a passagem do plantão, no dia da atividade. Destacamos que a maioria dos funcionários participou efetivamente das atividades propostas, dos quais excetuavam-se apenas os funcionários que ainda tinham atividades a serem cumpridas.

- Compartilhar a assistência direta aos pacientes junto a equipe de saúde.

- Partilhar o processo ensino-aprendizagem com a equipe.

Duas formas que encontramos de nos integrarmos mais facilmente aos membros da equipe de saúde foi compartilhar a assistência e o processo ensino aprendizagem.

Segundo HOOD & DINCKER (1995), “o formando em Enfermagem, encontra-se preparado para prestar atendimento direto a pacientes com problemas de saúde graves ou crônicos, bem definidos, ou a pacientes que necessitavam de informação ou apoio para manter a saúde. ...”

Valorizando a afirmação acima, entendemos que era possível compartilharmos a assistência, realizando os procedimentos e técnicas que assumíamos com responsabilidade e critério. PAIN (1979) afirma que, assistir o paciente “consiste em um processo de agir e interagir com o paciente, junto à família no sentido de estabelecer seu bem estar, intervindo em seu favor, pelas sucessivas ações de Enfermagem”.

Da mesma forma que buscamos compartilhar a assistência, partilhamos o processo ensino-aprendizagem. Nenhum indivíduo é portador de todo conhecimento possível acerca de dado assunto. Assim, entendemos que poderíamos aprender com a equipe como também

repassar conhecimentos aos mesmos. A troca de vivências e experiências nos aproximou da equipe e auxiliou na manutenção de um relacionamento agradável.

Compreendemos, que participando com a equipe na assistência e na troca de conhecimentos, angariamos benefícios para os funcionários, os pacientes e para a efetivação de nossas propostas.

Avaliação do Objetivo 8

Este objetivo foi alcançado visto que a equipe envolveu-se com a nossa proposta, trazendo contribuições e participando das atividades, além de conseguirmos um ambiente agradável para a troca de informações e a prática assistencial.

OBJETIVO 9 - Conhecer a estrutura organizacional da instituição e situar a unidade de clínica médica

- Solicitar a diretoria do HGCR, documentos e informações referentes a organização estrutural diretiva desta instituição.

Ao solicitarmos informações acerca da organização e do funcionamento dos serviços desta Instituição, fomos encaminhadas ao assistente de direção que nos forneceu o organograma da Instituição e prestou algumas orientações rápidas. Segundo o informante, o Hospital é um órgão público, vinculado a Secretaria Estadual de Saúde e mantido pelo Estado. Diretamente ligados a direção Geral do Hospital estão a coordenação do corpo clínico, o centro de estudos, secretaria, assistente de direção, serviço de controle de infecção hospitalar, a secretaria de obras e reformas, a direção administrativa, a divisão médico-técnica e a divisão de Enfermagem. Sob o controle das 3 últimas estão os diversos serviços do Hospital que envolvem-se direta ou indiretamente com a assistência do paciente.

Outros detalhes sobre a Instituição, podem ser encontrados no Capítulo de Metodologia e no organograma da mesma (Anexo 1).

- Observar relação da Instituição com o SUS no Sistema de referência e Contra-referência

O sistema de Referência e Contra-referência é um mecanismo de organização dos sistemas de saúde, que prima por assegurar a todos os indivíduos o atendimento necessário.

Este sistema está atrelado a uma central de marcação de consultas, através da qual são agendados todos os atendimentos ambulatoriais em especialidades. O paciente é atendido por um clínico geral nos centros de saúde (CS). Conforme a necessidade do mesmo, o médico faz um encaminhamento e o atendimento é agendado, através do CM, via telefone.

A partir deste ponto é que entra em questão o HGCR. O ambulatório desta Instituição oferece alguns serviços especializados, que tem sua agenda preenchida pela central de Marcação.

Assim, no dia previamente estabelecido o paciente dirige-se ao ambulatório para realizar sua consulta. Conforme necessidade, poderá fazer tratamento ambulatorial ou será encaminhado para uma Unidade de Internação, tão logo surja uma vaga. Desta forma estabelece-se o Sistema de Referência.

A contra-referência deveria acontecer na alta do paciente, onde o médico responsável repassaria o caso para o clínico que prestara o primeiro atendimento ao paciente. No entanto, o que percebemos é que na maioria das vezes, os documentos específicos a serem preenchidos e as providências necessárias a serem tomadas, não se efetivam na prática, o que faz com que o paciente continue sendo atendido por consulta retorno no ambulatório do próprio hospital, ou deixe de procurar acompanhamento médico.

Estando pouco esclarecido acerca da importância do controle periódico de saúde, o paciente acaba deixando de lado o acompanhamento ambulatorial ou o procura nos momentos em que a saúde já apresenta altos níveis de descompensação. Desta forma, a utilização dos serviços de emergência hospitalar, tornou-se corriqueira. O serviço de emergência é, desta maneira, uma outra porta de entrada do paciente para internação hospitalar, pois a medida que a situação de saúde-doença deste vai se agravando, ele é levado às pressas para a emergências, é reinternado, faz o tratamento necessário e é

encaminhado ao domicílio sem qualquer documento de contra-referência, o que reforça as falhas no sistema de referência e contra-referência.

- Observar e descrever normas e rotinas assistenciais e administrativas da Unidade de Clínica Médica.

- Pedir maiores explicações, acerca do funcionamento da Unidade de Clínica Médica, à coordenadora e supervisora de estágio.

Com interesse em adquirir informações sobre as atividades assistenciais e administrativas da Unidade de Clínica Médica, procuramos, através de informes oficiais e de questionamentos a enfermeira coordenadora da Unidade, nos inteirar acerca das normas e rotinas do serviço em questão. O que se preconiza como rotinas ligadas a internação do paciente; organização do prontuário; saída da unidade por alta hospitalar, transferência ou óbito, estão esquematizados abaixo, conforme texto mimeografado, da própria instituição.

Admissão de Pacientes

1. Preparar com antecedência o quarto do paciente
2. O atendimento do paciente deverá ser afável e gentil, feito por alguém que possa dar todas as informações necessárias.
3. Receber o paciente gentilmente, chamando-o pelo nome e apresentando-se.
4. Verificar peso e altura, se tiver condições
5. Mostrar a unidade e explicar a rotina: local e hora do banho, refeições, visitas, serviços religiosos, como usar a campainha, cuidados com os objetos de uso pessoal e demais normas do hospital.
6. Apresentar à equipe de enfermagem e companheiros de quarto.
7. Solicitar aos familiares material para uso próprio do paciente: sabonete, chinelo, roupas, escova de dente, pasta dental, etc..

8. Verificar Sinais Vitais e anotar as condições do paciente: higiene, estado geral, sintomas.
Registrar ainda: a hora da entrada, as queixas do paciente e como chegou na unidade (maca, cadeira de rodas, andando).
9. Avisar o serviço de Nutrição e Dietética, comunicando a dieta do paciente.
10. Avisar demais serviços interessados.
11. Anotar o nome do paciente, do Médico Assistente e data de admissão na relação de pacientes.
12. Preencher a etiqueta de identificação com o nome completo do paciente e do médico.
Fixar na cabeceira da cama do paciente.

Prontuário do Paciente

1 - O prontuário do paciente compõe-se de:

- Folha de identificação
- Folha de evolução clínica diária
- Folha de prescrição médica.
- Folha de evolução de enfermagem.
- Folha de controle intensivo.
- Folha da C.C.I.H. - termo de Responsabilidade.
- Resultados de exames de laboratórios, de radiografias, eletrocardiograma, eletroencefalograma, etc..

2 - Anotação no Prontuário

- Todas as anotações no prontuário devem ser claras, legíveis, precisas, bem formuladas e com boa caligrafia.
- As anotações devem ser feitas com tinta azul das 07:00 às 19:00 horas e com tinta vermelha das 20:00 às 06:00 horas.
- Os medicamentos e tratamentos devem ser anotados imediatamente após serem administrados e executados.
- Colocar as folhas do prontuário em ordem quando o paciente é admitido.

- Preencher todos os cabeçalhos com tinta azul.

Os medicamentos e tratamentos uma vez administrados e executados, devem ser checados com tinta vermelha - 07:00 às 19:00 horas e com tinta azul das 20:00 às 06:00 horas.

- Quando por qualquer motivo a medicação e os tratamentos não forem administrados ou executados, deve-se circular os horários e anotar a justificativa.

3 - Apresentação

- Todas as folhas devem ser tamanho padrão.

Alta

1 - A alta do paciente, devido a implicações, deve ser dada por escrito e assinada pelo médico. O paciente poderá sair do hospital sem autorização do Médico Assistente, desde que ele ou os familiares assinem o termo de responsabilidade que deverá estar no prontuário do paciente. O médico deverá ser comunicado pelo Enfermeiro ou Médico residente de Plantão.

2 - A Enfermagem deve:

- Avisar o paciente com antecedência.

- Dar ao paciente e/ou familiares orientação precisa sobre os cuidados pós alta.

- Avisar a família, tesouraria, nutrição e o registro regal.

- Comunicar o Serviço Social ou interessar-se pela sua situação após a saída do hospital.

- Reunir os objetos pertencentes ao paciente e providenciar suas roupas.

- Organizar o prontuário do paciente e providenciar suas roupas.

- Organizar o prontuário do paciente com exames e aguardar que o Arquivo Médico venha recolher o mesmo.

Transferência

1 - A transferência do paciente é feita da mesma maneira que a alta.

2 - A enfermagem deve:

- Comunicar a tesouraria, nutrição, registro geral e setor de contas médicas.
- Preencher o aviso de transferência em 3 vias e encaminhar para o Registro Geral, Setor de Contas e a última via fica no andar. - Anotar o horário e a pessoa responsável que recebeu o aviso.

Óbito

1- É de responsabilidade do funcionário presente no momento da ocorrência:

- Chamar o Enfermeiro.
 - Preparar e identificar corretamente o corpo.
 - Preencher e encaminhar o aviso de óbito ao registro Geral. (nos fins de semana, feriados e noturno).
 - Orientar a família para ir ao registro geral, providenciar a documentação necessária e também para esclarecimentos quanto ao funeral.
 - Encaminhar o corpo para a conservadora.
 - O preparo e entrega do corpo após o óbito é de responsabilidade do setor ou unidade em que foi constatado a ocorrência.
-
- É de responsabilidade do Auxiliar Administrativo comunicar os Serviços interessados durante a semana e nas unidades e setores que os memsmos estiverem trabalhando durante os fins de semana e feriados.

2 - É de responsabilidade do Enfermeiro:

- Comunicar o Médico Residente de plantão para constatar o óbito.

- Comunicar o Registro Geral.
- Prestar esclarecimento aos familiares quando solicitado.

Durante o período de internação hospitalar o paciente pode requerer a presença de um acompanhante. Os critérios utilizados para avaliação de necessidade de acompanhante, bem como as características e obrigações deste, estão descritos abaixo:

1 - Critérios Utilizados

- Paciente considerado grave pelo médico assistente.
- Paciente com idéia suicida, identificado pela Equipe de Enfermagem.
- Paciente excepcional para qualquer idade.
- Paciente com dependência emocional (só responde ao tratamento quando o familiar está presente).
- Quando o paciente é maníaco dependente crônico total e não temos funcionários para permanecer por longo tempo junto ao leito (ex. tetraplégico, coma, vida vegetativa, idoso) e o prognóstico é o mesmo.
- Estado atual do paciente que necessita de estímulos para localizar no tempo e espaço (traumatismo craneo encefálico).
- Paciente com doença crônica (diabete, AVC, CA das vias A.S., com traqueostomia, vida vegetativa, CAPD) com previsão de alta e que receberá cuidados iguais em casa.

2 - Quanto ao Acompanhante

- Pessoa lúcida, sadia, consciente, calma, parente mais próximo da família.
- O acompanhante deve ser do mesmo sexo do paciente.

3 - Obrigações do Acompanhante

- Permanecer no quarto do paciente ao lado do leito.

- Não fumar
- Colaborar com a manutenção da limpeza do paciente e quarto, atender as eliminações do paciente, alimentação e dar todo conforto moral.
- Não poderá fazer uso de cama e nem fazer cama no chão para não prejudicar a assistência prestada ao paciente.

4 - Quanto ao Tempo de Permanência

- Será avaliado pelo Enfermeiro de acordo com os critérios estabelecidos.
- A cessação da autorização de acompanhantes será feito pelo Enfermeiro.
- A cessação será imediata quando o acompanhante não cumprir com as obrigações estabelecidas.

Os fatores que permeiam a assistência aos pacientes, também devem ser levados em conta. Desta forma, buscamos conhecer como é efetuada a passagem de plantão e a escala de funcionários para assistência direta ao paciente.

As normas para a passagem de plantão estão descritas abaixo, conforme o preconizado pela instituição.

Passagem de Plantão

1. Todo servidor deverá chegar ao local de trabalho de preferência 15 minutos antes do horário de serviço para receber o plantão.
2. Todo servidor deverá apresentar-se uniformizado durante a passagem de plantão.
3. Na passagem de plantão deverá constar o relatório diário das ocorrências de cada paciente com: nome, quarto, diagnóstico, procedência, ocorrência, quem atendeu e assistência prestada.
4. Nenhum servidor poderá sair de sua unidade ou setor sem a devida substituição.

Após a passagem de plantão, a enfermeira da unidade no primeiro turno do dia, faz a divisão das atividades assistenciais.

Esta divisão é feita conforme o número de funcionários escalados para o turno. Assim os funcionários são divididos em, no máximo, quatro grupos. Os membros destes grupos prestam assistência integral a um número pré-estabelecido de pacientes. Além disso, são responsáveis pela organização do posto de enfermagem, sala de curativos, sala de lanches, rouparia e sala de utilidades. A divisão para esta organização é feita de acordo com o quadro abaixo:

Locais	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª feira
Sala de Curativo	1	2	3	4	1
Posto de Enfermagem	2	3	4	1	2
Sala de Utilidades	3	4	1	2	3
Rouparia + Sala de Lanches	4	1	2	3	4

Legenda: 1 - 1, 2, 3 e 4 considere-se Grupo 1, Grupo 2, Grupo 3 e Grupo 4.

- Quando não acontece a formação dos 4 grupos, as atividades são aglutinadas.

- Nos sábados, domingos e feriados, a equipe de plantão faz as divisões, de acordo com a necessidade.

As normas e rotinas assistenciais, estão arquivadas em pasta separada na própria unidade. Um vasto número de técnicas e procedimentos, aparecem descritos sob a forma de itens, salvaguardando os princípios técnico-científicos necessários. Para ilustrar a forma pela qual estas rotinas se apresentam, colocamos em anexo (anexo 4), exemplos dos documentos que descrevem as mesmas.

Observamos que a maioria das rotinas assistenciais e administrativas ficam à disposição dos funcionários na própria Unidade, facilitando o manuseio e o esclarecimento de pequenas dúvidas. Contudo, muito raramente estes documentos foram manuseados pelos funcionários.

Quanto aos registros de Enfermagem, observamos que a unidade não conta com um método sistemático para registrar suas atividades e/ou descrever a evolução dos pacientes. São utilizados apenas registros aleatórios acerca do estado geral e das intercorrências que tenham acontecido com os pacientes. Tais registros podem ser realizados por qualquer membro da equipe de Enfermagem, em folhas específicas pra este fim, ficando estas em uma prancheta na sala de medicamentos. Vale resaltar que as enfermeiras costumam registrar as intercorrências mais significativas, no espaço para observações das folhas de prescrição médica, a fim de que os médicos tomem conhecimento das mesmas, já que raramente estes manuseiam os registros de enfermagem.

- Observar e descrever, quantidade e qualidade dos recursos humanos, por categoria, atribuição e distribuição por turno da Unidade de Clínica Médica.

A Unidade de Clínica conta, para prestar a assistência de Enfermagem com 42 funcionários: 4 enfermeiros, 7 técnicos de Enfermagem, 17 auxiliares, 11 atendentes e 3 técnicos administrativos.

Descrevemos abaixo, segundo o material de normas da unidade de clínica médica, as atribuições, as competências, do pessoal de enfermagem.

Ao enfermeiro compete:

- Cooperar com a chefe do serviço de enfermagem, no desempenho de suas atribuições.

- Planejar a atenção de enfermagem de acordo com sua complexidade, e designação do pessoal segundo o seu nível

- Orientar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem de sua equipe

- Cooperar nos programas de desenvolvimento do pessoal de enfermagem, ou seja, orientação, treinamento e avaliação do funcionário

- Verificar os equipamentos da unidade, zelando por sua conservação e economia

- Receber o plantão diretamente do responsável pelo plantão anterior e dos demais elementos da equipe

- Manter o entrosamento dentro da unidade, através da comunicação adequada
- Acompanhar a visita médica sempre que possível, prestando informações sobre pacientes e anotando as instruções específicas para cada caso.
- Realizar tarefas técnicas junto ao paciente sempre que necessário
- Visitar os pacientes diariamente, verificando suas necessidades e tomando as devidas providências
- Fazer diagnóstico de enfermagem e elaborar plano de assistência de enfermagem
- Registrar as anotações corretamente nos prontuários
- Orientar os pacientes e familiares sobre o regulamento do hospital e da unidade
- Supervisionar a limpeza e a ordem da unidade
- Colaborar nos programas de desenvolvimento pessoal e no preparo de alunos das escolas de enfermagem em estágio no hospital
- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital e o regime do serviço de enfermagem
- Comunicar os setores competentes toda doença de notificação compulsória, de acordo com a lei vigente
- Desenvolver tarefas afins

Ao Técnico de Enfermagem Compete:

- Executar técnica de enfermagem conforme determinação do enfermeiro
- Prestar cuidados integrais ao paciente grave, sob a supervisão do enfermeiro
- Participar das passagens de plantão e tomar conhecimento sobre as ocorrências
- Observar e registrar sinais e sintomas apresentados pelo paciente e comunicar ao enfermeiro qualquer alteração.

- Atender pedidos dos pacientes e funcionários, encaminhando-os a chefe quando não puder resolve-los.

- Controlar material

- Verificar o uso e estado de conservação dos aparelhos e equipamentos, solicitando consertos quando necessário

- Manter bom relacionamento com todos os membros da equipe de enfermagem e outros setores do hospital

- Participar de reuniões que visem estudar as modificações de técnicas ou rotinas de trabalho

- Desenvolver espírito de trabalho em equipe, observando os padrões de ética e hierarquia

- Substituir o enfermeiro nos seus impedimentos

- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital e o regimento do serviço de enfermagem

- Desempenhar tarefas afins

Ao Auxiliar de Enfermagem Compete

- Dar assistência aos pacientes atendendo suas necessidades ou solitações e providenciando os meios adequados ao seu bem-estar

- Colaborar com o enfermeiro nos trabalhos da unidade praticando sob sua orientação as tarefas de enfermagem que lhes forem determinadas

- Participar das passagens de plantão e tomar conhecimento sobre as ocorrências

- Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente

- Auxiliar os médicos e enfermeiros nos tratamentos e exames especiais

- Administrar medicações e aplicar tratamento conforme prescrição médica

- Preparar os pacientes para encaminhamentos, altas, transferências e em casos de óbitos.

- Fazer curativos simples, controle de sinais vitais e balanço hídrico.

- Ajudar na conservação do material a manter a ordem e a limpeza na unidade

- Fazer anotações claras e precisas dos cuidados prestados

- Cooperar com todos os elementos da equipe de enfermagem

- Participar das reuniões de serviço, apresentando sugestões para melhoria do mesmo

- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital e o regimento do serviço de enfermagem.

- Desempenhar tarefas afins

Ao Auxiliar de Serviços Hospitalares e Assistenciais (atendente de enfermagem) Compete

- Participar da passagem de plantão

- Prestar cuidados de higiene e conforto aos pacientes

- Verificar e anotar no prontuário os sinais vitais

- Acompanhar os pacientes nos diversos setores do hospital

- Auxiliar na deambulação, recreação e alimentação dos pacientes

- Auxiliar no preparo de pacientes para exames, cirurgias, admissões, altas, transferências e óbitos.

- Manter a limpeza e a ordem da unidade

- Limpar e conservar o material usado no setor

- Fazer anotações claras e precisas dos cuidados prestados

- Desenvolver um ambiente de colaboração, de trabalho em equipe na unidade e com outros setores do hospital

- Cumprir e fazer cumprir o regulamento do hospital e o regimento do serviço de enfermagem

- Desempenhar tarefas afins

Ao Auxiliar Administrativo Compete

- Elaborar os trabalhos burocráticos de uma ou mais unidades de enfermagem sob orientação e supervisão do enfermeiro, tais como:

1. Atender telefones, transmitir recados, distribuir correspondências e dar informações
2. Providenciar pedidos de farmácia, de material e de conserto
3. Receber, conferir, guardar e controlar os medicamentos e material, inclusive psicotrópicos
4. Protocolar pedidos de parecer e exames
5. Colocar horários nas prescrições médicas
6. Anotar no senso diário e livro de ocorrências o movimento diário e manter a relação dos pacientes atualizada.
7. Manter os prontuários em ordem, verificando-os diariamente
8. Encaminhar ao serviço de contas médicas, a relação de todos os gastos
9. Chamar o enfermeiro sempre que necessário
10. Comunicar o Serviço Social em casos de pedidos de atendimentos sociais
11. Conservar o posto de enfermagem e o quadro de avisos em ordem
12. Providenciar avisos de alta, óbitos transferências e outros
13. Encaminhar através de protocolo os exames externos

14. Participar de reuniões de serviço de enfermagem e da instituição

15. Identificar os leitos dos pacientes

Sabendo-se das competências dos membros da equipe de enfermagem, passamos a descrever o horário de trabalho destes funcionários.

Dos 42 funcionários da unidade, 36 cumprem uma carga horária de 12 horas por turno de trabalho, e apenas 6 funcionários cumprem 6 horas por turno de trabalho.

As entradas e saída dos mesmos são controladas através de cartão ponto. Este, demonstra as horas trabalhadas a mais, bem como os atrasos e saídas antecipadas, o que possibilita um controle das horas plantão.

Quanto ao horário de trabalho do pessoal de enfermagem, a direção preconiza que:

- Os servidores trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente, aprovada pela chefia do serviço de enfermagem.

- Todo funcionário deverá, em caso de emergência, se for determinada pelo enfermeiro responsável, prorrogar plantão.

- Somente poderão retirar-se o local de trabalho os servidores portadores de autorização por escrito, visada pela chefia imediata.

- A ocorrência frequente de chegadas tardias, de saídas antecipadas, sem a devida justificativa, será considerada falta grave, sujeito a penalidades legais.

- As alterações de escala deverão ser encaminhadas ao setor de pessoal até o dia 23 de cada mês.

- Todo o funcionário poderá ter 2 autorizações de saída antecipada e entrada tardia. (compensadas dentro de 6 dias).

- Qualquer alteração de escala que resulte em diminuição da carga horária semanal somente serão compensadas de acordo com a necessidade da unidade e determinada pela chefia imediata.

- Todo funcionário terá direito a duas trocas de plantão e duas trocas de horário ao mês. Essas trocas serão feitas em formulário próprio, assinado pela chefia imediata e encaminhada ao setor de pessoal na mesma semana da ocorrência.

Para realizar a distribuição dos funcionários nos turnos de trabalho e mantê-los em número compatível com a necessidade do serviço, são elaboradas duas escalas mensais, uma oficial e outra extra-oficial.

Os funcionários são distribuídos, na escala oficial, em 6 grupos; 3 diurnos e 3 noturnos. Excetuando-se os funcionários que estão de férias ou licença especial, cada turno diurno conta com 7 funcionários (1 enfermeira, 1 técnico administrativo e 5 funcionários da equipe de enfermagem) e cada turno noturno com 4 funcionários da equipe de enfermagem e 1 enfermeira que fica responsável pela supervisão noturna em mais de uma unidade de internação.

Porém, a maioria dos funcionários realizam hora plantão, ou seja, cumprem além de sua carga horária oficial, plantões de 6 horas que são encaixados entre os plantões de 12 horas, com o intuito de conseguir melhorar sua renda mensal. Elabora-se então a escala extra-oficial onde são encaixados os plantões extras. Desta forma, cada turno acresce-se de 3 funcionários.

No que diz respeito as escalas, o serviço tem preconizado que:

- A escala será feita pela chefia imediata, revisada e assinada pela chefe de serviço de enfermagem

- Deverá ser entregue a secretaria da chefia de enfermagem até o dia 5 de cada mês

- As escalas de serviço deverão obedecer os seguintes critérios: A) iniciar no dia 26 de um mês ao dia 25 do outro mês; B) os funcionários devem ser distribuídos por igual em todos os turnos de serviço e observando o mesmo número por categoria; C) nos feriados e fins de semana, o número de funcionários deverá ser suficiente para cobrir a unidade; D) as licenças de saúde deverão ser substituídas para não resultar em falta de pessoal; E) nos feriados as folgas deverão ser estipuladas conforme disponibilidade da unidade; F) as unidades de internação e setores deverão deixar uma escala de plantão dos feriados e fins de

semana registradas na unidade; G) a escala de plantão dos enfermeiros será feita pelo chefe de enfermagem, obedecendo ordem alfabética e avaliando-se o número de plantões conforme necessidade do serviço e avaliação prévia das escalas anteriores.

Escala de Férias

Serão feitas: A) trimestralmente; B) com o nome do servidor por extenso, número de matrícula, inclusive dígito e por ordem do mês a ser gozado; C) não serão aceitas transferências de férias; D) cada unidade ou setor poderá marcar 3 férias de funcionários de categoria diferente por mês; E) critérios para marcação de férias - tempo de serviço, ficha funcional, férias anteriores, necessidade de serviço, necessidade particular de funcionário; F) as férias deverão ser marcadas observando dia de retorno ao serviço do funcionário que já está de férias.

Escala de Licença Especial .

- Deverão ser encaminhadas ao setor de pessoal com 15 dias de antecedência
- Poderá ser de 30 dias corridos ou em 2 períodos, mas nunca inferior a 15 dias
- Critérios para licença especial: A) tempo de serviço; B) disponibilidade da unidade; C) interesse particular do funcionário.

Avaliando a estrutura organizacional dos recursos humanos da unidade em questão, percebemos que as provisões feitas em relação a escalas e horários nem sempre são seguidas pelos funcionários. Acontecem muitos desvios nas escalas, especialmente, por atrasos e faltas. Pensamos que os encaixes de hora plantão deveriam ser melhor avaliados, pois apesar de serem uma oportunidade para o funcionário, aparecem inúmeros problemas pelo não cumprimento adequado dos mesmo.

Além disso, percebemos que os funcionários que cumprem 2 ou 3 plantões consecutivos, tem seu rendimento diminuído, acham-se cansados e indispostos. Isso repercute diretamente na assistência prestada, pois a percepção acerca das necessidades do paciente, a capacidade de interação com o mesmo e a disponibilidade para realizar um bom atendimento ficam prejudicados.

- Observar e descrever a quantidade e qualidade dos recursos materiais (guarda, controle e manutenção destes).

Quanto a quantidade dos materiais, podemos afirmar que estes encontram-se na unidade em número suficiente para que seja desempenhada a assistência. Já no que se refere a qualidade, detectamos alguns problemas com determinados materiais de consumo, dentre eles os mais significativos foram os equipos de soro que apresentam defeitos nos mecanismos de controle do gotejamento e adaptação, o que dificultava em muito a administração de medicamentos por via endovenosa contínua. Tais problemas, relacionados a qualidade dos materiais, devem-se em grande parte as licitações feitas pela Secretaria Estadual de Saúde para a aquisição de materiais, que utiliza como principal critério o preço baixo e não a qualidade do produto.

Na unidade de clínica médica, os materiais permanentes estão distribuídos em 3 locais. O primeiro trata-se da sala de utilidades onde ficam guardados em armário específico, os materiais utilizados para higiene e conforto (papagaios, comadres, jarras, baldes, cubas rim e redondas, bacias). No segundo, atual “sala de recreação”, ficam depositados os suportes de soro, macas, grades de proteção, cadeiras de rodas e os biombos. O terceiro e último local, é a sala de curativos, onde ficam guardados as bombas de infusão, todos os materiais esterelizados (pacotes de curativo, pacotes de sondagens vesicais, pacotes de punções lombares, entre outros) balanças e aparelhos para verificação de PA.

O controle dos materiais permanentes, segundo preconizado pela instituição, deve ser realizado pelos próprios funcionários da unidade, onde estes devem: - protocolar todo o material recebido; - protocolar e controlar todo material a cada passagem de plantão, - revisar o protocolo a cada 15 dias; - protocolar todo o material emprestado, especificando a unidade e o funcionário, tomando a mesma medida quando da devolução deste; - protocolar todo o material danificado que tenha sido encaminhado para o conserto.

Porém, podemos perceber que tais rotinas são raramente cumpridas pela maioria dos funcionários, no que se refere a grande parte destes materiais.

A manutenção dos materiais permanentes só é realizada mediante solicitação escrita, feita pela enfermeira da unidade ou pelo auxiliar administrativo, quando estes apresentam defeitos. Esta solicitação deve ser feita em formulários específicos para este fim (pedido de conserto), pois só desta forma poderá ser atendido.

Os materiais de consumo são solicitados pela enfermeira e entregues diariamente pelo mensageiro do serviço de enfermagem, exetquando-se os feriados e os finais de semana, o que obriga o enfermeiro fazer um levantamento do material necessário no último dia útil da semana para que estes não falem nestes dias.

- Identificar o processo de interrelação da unidade de clínica médica com as demais unidades e serviços de apoio (costura, lavanderia, laboratório...).

- Interagir com os serviços de apoio, sempre que possível, visando otimizar as ações requeridas pelos pacientes assistidos.

A unidade de clínica médica interrelaciona-se diretamente com os seguintes serviços: serviço de nutrição e dietética, serviço de processamento de roupas, serviço de farmácia, serviços gerais, (limpeza, manutenção e transporte), serviço de almoxarifado, serviços de métodos diagnóstico, serviço de arquivo médico e estatístico, central telefonica, UTI, centro cirúrgico e emergência. As comunicações com estes serviços acontecem via telefone e através de impressos específicos para cada fim.

Se a interrelação destes serviços for eficaz, certamente, o maior beneficiado será o paciente, pois a assistência poderá ser agilizada e prestada com maior qualidade.

Durante o estágio, procuramos nos informar da maneira pela qual eram feitos os contatos com os serviços de apoio e, sempre que necessário acionamos estes serviços a fim de que os problemas que se apresentavam fossem resolvidos o mais rápido possível.

Concluimos que todos os serviços de apoio são imprescindíveis para manutenção de um nível de qualidade satisfatório na assistência do paciente. No entanto, observamos que ocorriam falhas na atuação destes serviços, o que não inviabilizava a assistência, mas trazia entraves que perturbavam o desempenho favorável desta.

- Apresentar e discutir sugestões de melhoria nas atividades assistenciais e administrativas desenvolvidas na Unidade de Clínica Médica, às supervisoras do estágio.

Ao final do estágio, procuramos repassar para as supervisoras os problemas, bem como os pontos positivos que havíamos detectado tanto a nível assistencial como administrativo, na unidade e envolvendo a instituição, além de apresentarmos sugestões de atuação.

Entendemos que a nossa presença na unidade foi temporária e que permanecíamos neste local somente em um período do dia, assim sentimos a necessidade de tomar conhecimento, também, da percepção dos funcionários e pacientes, acerca do que consideravam problema ou ponto positivo na unidade e a nível de instituição.

Portanto, as colocações e sugestões apresentadas às supervisoras foram fruto de discussão prévia com os pacientes e alguns membros da equipe de enfermagem, o que caracteriza com maior margem de segurança, a realidade da unidade.

Avaliação do Objetivo 9

Este objetivo foi alcançado, visto que conseguimos organizar e descrever uma série de informações sobre as condições que permeiam o funcionamento da unidade, além de termos levantado problemas e pontos positivos acerca da mesma, o que nos possibilitou discussões e apresentação de sugestões junto às supervisoras.

OBJETIVO 10 - Acompanhar e executar atividades assistências junto aos pacientes.

- Solicitar as enfermeiras da unidade que comuniquem as acadêmicas quando surgirem procedimentos técnicos, que na Instituição são atribuições exclusivas da Enfermeira.

O papel dominante do Enfermeiro, em qualquer nível de saúde é a assistência ao paciente e seus familiares. Ao prestar assistência o enfermeiro envolve-se com as providências necessárias para um cuidado efetivo tanto imediato quanto futuro.

Para que o seu papel assistencial seja desempenhado de forma a beneficiar o paciente, é preciso que a enfermeira desenvolva conhecimentos teórico-práticos significativos, ou seja, que domine o “por quê” e o “como” executar técnicas assistenciais.

Pensando desta forma, e cientes que o aprimoramento técnico-científico constante é fundamental para desempenharmos com eficiência nosso papel de “educadoras” em saúde, solicitamos a nossas supervisoras que deixassem a nosso encargo práticas assistenciais junto aos pacientes; a medida que estas fossem surgindo.

Desta forma, tivemos a oportunidade de executar inúmeros procedimentos junto aos pacientes, tais como sondagens vesicais, sondagens nasogástricas, aspiração de secreção, punções arteriais e venosas entre outros, além de acompanhar a execução de procedimentos que ainda não tínhamos visto realizar.

- Comunicar ao paciente acerca da nossa condição de acadêmicas, solicitando seu consentimento para a realização do procedimento.

No transcurso de nosso estágio, em todas as atividades assistenciais desenvolvidas, buscamos respeitar os princípios de proteção dos Direitos Humanos. Assim, quando da realização da visita diária, dizíamos aos pacientes que eramos e o que estávamos pretendendo realizar junto a eles. Tal conduta frente aos pacientes, fez-se repetir antes de qualquer procedimento que realizamos durante o transcorrer do estágio, fato que facilitou em muito a familiarização dos pacientes em relação a nós e aos nossos objetivos.

- Orientar o paciente antes de cada procedimento.

- Realizar procedimento respeitando os princípios técnicos-científicos.

De acordo com a Carta Brasileira dos Direitos do Paciente apud BARCHIFONTAINE (1987), todo paciente tem o direito de “ser informado a respeito do processo terapêutico a que será submetido, bem como de seus riscos e probabilidade de sucesso, e de solicitar e receber informações relativas aos diagnósticos, tratamento, resultados de exames e outras práticas efetuadas durante a sua internação”.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no seu Capítulo IV, dos deveres, deixa claro que é dever dos profissionais de Enfermagem:

“Art. 24 - Prestar à clientela, uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrente de imperícia, negligência e imprudência;

Art 26 - Prestar adequadas informações do cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer;

Art 27 - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar”.

“Considerando que é um direito do paciente receber informações bem como, uma assistência livre de riscos, e que é dever do profissional de Enfermagem prestar as orientações e fazer os esclarecimentos necessários, entendemos que deveríamos, antes da realização de cada procedimento, orientar o paciente acerca do que seria feito, qual a necessidade de fazê-lo, bem como os riscos e benefícios da realização deste.

Durante a realização dos procedimentos, procuramos atender aos princípios éticos e técnicas que permeavam a execução dos mesmos.

Avaliação do Objetivo 10

Consideramos ter alcançado plenamente este objetivo, haja visto que tivemos a oportunidade de realizar, ao longo do estágio, uma ampla gama de técnicas assistenciais pertinentes ao cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas, salvaguardando os princípios técnicos-científicos e éticos.

7. APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E VISITAS DOMICILIARES

Em estudo feito por NORONHA (1992) o processo de Enfermagem é considerado como “o conjunto de relações que o enfermeiro estabelece ao longo de seu trabalho, ou seja, é o modo próprio do enfermeiro e sua “clientela” (indivíduo, família, grupo ou comunidade) vivenciarem o processo educativo”.

Para a operacionalização do processo de Enfermagem, iniciamos fazendo um levantamento dos dados pessoais do paciente e da sua história de vida, buscando acompanhar a sua trajetória como portador de doença crônica. A partir disso, passamos a utilizar o instrumento para coleta de aspectos relevantes para implementação de seu autocuidado. Tendo contemplado todos os itens do instrumento, partimos para a análise desses afim de dar continuidade ao Processo de Enfermagem.

Assim, passamos a avaliar o autocuidado universal levantando os requisitos básicos para a manutenção da integridade, da estrutura e funcionamento humano. Avaliamos em seguida os fatores relacionados ao autocuidado desenvolvimental, implicando estes nas possíveis influências do desenvolvimento do indivíduo. O próximo passo seria o levantamento dos desvios de saúde que abordariam os aspectos relacionados as deficiências físicas e cognitivas do paciente crônico, e por último o levantamento do Plano e problemas médicos e terapêutica utilizada para o seu tratamento.

Após esta primeira avaliação fazíamos o levantamento dos déficits de autocuidado do indivíduo. Partíamos para a segunda fase do processo, a elaboração junto com o paciente o Plano de Enfermagem. Após este, realizávamos diariamente a aplicação do plano e evolução para promoção do autocuidado.

Para fins didáticos resolvemos apresentar neste relato, dois dos quatro processos de Enfermagem por nós implementados na prática assistencial junto ao paciente. Descrevemos também, as experiências vivenciadas acerca do planejamento e realização da Visitas Domiciliares.

PROCESSO DE ENFERMAGEM I

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1. Fatores Pessoais:

Unidade Hospitalar Unidade Clínica Médica - 6º andar. HGCR.

Data Internação: 09/09/96 Data Alta: 18/09/96

Nome: C.P.F.

Sexo: masculino

Data nascimento: 26/03/63

Peso: 73,500 kg

Altura: 1,66m

Raça: negra

Religião: católico

Estado Civil: casado

Procedência: Florianópolis Ocupação: Agente Serviços Gerais

Endereço: R. General Vieira da Rosa, nº 775 - Centro

Início do Processo de Enfermagem: 13/09/96.

1.2. Antecedentes Familiares e Pessoais:

Diz que sua mãe faleceu alguns dias após dar a luz ao seu irmão mais novo, devido complicações do parto cesário decorrentes de sua Diabetes. Seu pai faleceu devido a um enfarto cardíaco há 7 anos.

Relata que aos 12 anos de idade sofreu sua primeira internação devido a fortes dores no peito, submetendo-se a nova internação um ano após pelo mesmo motivo. Na época fora diagnosticado angina do peito e realizado apenas tratamento medicamentoso.

No início deste ano apresentou um quadro de sudorese intensa, tonturas e palidez cutânea, o que o levou a procurar o serviço de emergência do HGCR, onde veio a saber que era portador de Diabetes Mellitus Tipo I.

Diz que na época ignorou tal informação eximindo-se de realizar uma nova avaliação médica ou qualquer tipo de acompanhamento ou tratamento de saúde. Porém, refere que continuou apresentando episódios de tontura e sudorese. Diz que não conseguia saciar-se com as refeições de costume, necessitando realizar lanches entre estas. Sua sede e a vontade de urinar aumentaram significativamente, o que muitas vezes o obrigava a levantar durante a noite para suprir tal necessidade.

Nos últimos 2 meses diz ter perdido mais ou menos 20 kg, fato que começou a preocupá-lo. Porém, só procurou auxílio médico novamente quando no último dia 09/09/96 teve uma síncope durante o expediente de trabalho. Deu entrada na emergência no final da manhã deste mesmo dia com quadro de hiperglicemia severa (594 mg/dl) e em cetoacidose diabética.

1.3. Autocuidado Universal:

Aeração: É fumante desde os 18 anos. Costuma fumar cerca de 1 carteira de cigarros por dia.

Diz apresentar dificuldade para respirar após esforços prolongados, como jogar o 1º tempo de uma partida de futebol.

Diz que “ar puro faz bem à saúde. Quando a gente respira bem, mantém a saúde em ordem, dentro da normalidade”.

Hidratação: Ingere cerca de 2 litros de líquidos por dia, além de água inclui-se a sua ingestão hídrica refrigerantes e bebidas alcoólicas (cerveja).

Refere que “tomar água (líquidos) é importante para repor as energias principalmente após realizar atividades físicas”. Diz sentir muita sede.

Alimentação: Costuma realizar 5 a 6 refeições por dia: café da manhã, almoço, lanche mais ou menos as 15 horas, café final da tarde e jantar, por vezes levanta durante à noite para “beliscar” algo na geladeira. Gosta muito de massas e carnes, porém costuma comer de tudo. Tem por hábito trazer balas e chocolates consigo caso sinta fome. Não apresenta nenhum tipo de alergia alimentar e comer bem é uma das coisas que mais gosta de fazer. Diz que “sem comida a gente não tem como sobreviver.

Eliminações: Urina muitas vezes e em grande quantidade durante o dia, sentindo por vezes a necessidade de levantar durante a noite para fazê-lo. Relata apresentar dermatite em região genital.

Evacua de 2 em 2 dias, fezes pastosas.

Acredita que “deixar de ir por muito tempo ou ir muitas vezes ao banheiro para realizar as necessidades é sinal de problema de saúde”.

Atividade e Descanso: Durante a semana trabalha como digitador. Não realiza repouso diurno. Diz ter dificuldade de dormir mais de 5 horas seguidas durante a noite, acordando frequentemente. Costuma ir de bicicleta para o trabalho e jogar futebol nos finais de semana.

Gosta de ler livros e revistas e ouvir música.

Solidão e interação social:

Reside com a família (esposa e 4 filhos) nos fundos da casa de seu sogro. Costuma sair com os companheiros de trabalho após o expediente para conversar e tomar cerveja. Faz parte de um time de futebol de final de semana. No hospital recebe diariamente a visita da esposa e de amigos.

Gosta de conversas de fundo de corredor com os demais pacientes. Mantém bom relacionamento com companheiro de quarto.

Funcionamento e desenvolvimento normal:

Boa aparência física, independente para atividades de higiene e conforto, realiza sistematicamente o cuidado com higiene corporal, veste roupas limpas e inteiras. Refere

apresentar episódios de câimbras e dormência nos MMII após exercícios prolongados, não apresenta nenhum outro sinal ou sintoma de complicações crônicas do D.M.

Riscos a vida e ao bem estar:

Não tem nenhum conhecimento acerca de sua patologia e não realiza nenhum tipo de controle ou tratamento a nível domiciliar até então.

Desconhece fatores de risco e possíveis complicações decorrentes do D.M. Apresenta dificuldade em aderir ao plano terapêutico, principalmente no que se refere a dieta.

- Diagnóstico médico: Deibetes Mellitus I
- Prescrição médica: - Dieta para DMI - 1800 cal.
 - Insulinoterapia
 - Insulina R: 16U - 7:30 h.
 - 0U - 17:00 h.
 - Insulina NPH: 28U - 7:30 h.
 - 24U - 17:00 h.
 - Glicemia: 6/6 h.
 - S.V. 4 vezes por dia.

- Exames Realizados:

Hemoglicotestes: 4 vezes por dia durante toda a sua internação.

FATORES PESSOAIS	AUTOCUIDADO UNIVERSAL	AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL	DESVIOS DE SAÚDE
13/09/96 • C.P.F. • 33 anos • masculino • 1,66m • 73,5 kg • brasileiro • negro • casado • católico • agente de serviços gerais	13/09/96 • Aeração - diz ser fumante há 15 anos. Fuma cerca de 1 carteira de cigarros por dia. Sente dificuldade para respirar aos esforços prolongados. • Hidratação - sente muita sede, costuma ingerir mais de um litro de líquido por dia, incluindo refrigerantes e bebidas alcóolicas. • Alimentação - realiza cerca de 5 refeições por dia, fazendo as vezes, lanches na madrugada. Tem preferência por massas e carnes comendo balas e chocolates entre as refeições. • Eliminações - evacua de dois em dois dias - fezes pastosas. Urina cerca de sete a oito vezes por dia, em grande quantidade. Apresenta dermatite em região genital. • Atividade e descanso - costuma ir de bicicleta para o trabalho. Joga futebol nos finais de semana. Executa caminhadas na beira-mar esporadicamente. • Dorme cerca de 5 horas nas 24. Levanta-se várias vezes durante a noite para urinar. • Estar só e interação social - esta é a sua terceira internação, sendo que as duas primeiras ocorreram aos doze e treze anos de idade devido a problemas cardíacos. Recebe visitas de familiares e amigos no hospital. Reside com a esposa e seus 4 filhos. Aos finais de semana costuma reunir-se com os amigos para beber e jogar fute-	13/09/96 Teve conhecimento de que era portador de Diabetes, no início deste ano ficando extremamente angustiado. Tem pouco conhecimento acerca de sua patologia e tratamento desta. Mostra-se receptivo e interessado em aprender sobre sua doença e em desenvolver seu autocuidado, porém relata dificuldade para seguir a dieta. Terá que adequar-se ao plano terapêutico medicamentoso e não medicamentoso.	13/09/96 • Apresenta dispnéia aos esforços prolongados, é tabagista de longa data. • Apresenta polifagia, podpisia, poliúria, polaciúria e dermatite em região genital. • Descompensação dos níveis glicêmicos, interrupção do sono noturno devido a polaciúria. • Perda ponderal significativa (+ ou - 20Kg em 2 meses) . • Dificuldade para adequar-se ao plano terapêutico não medicamentoso. • Desconhecimento acerca do seu estado de saúde - doença.

		<p>bol.Mantem diálogo com os demais pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none">• Funcionamento e desenvolvimento normal - boa aparência física, realiza sistematicamente seus cuidados de higiene e conforto sem qualquer auxílio, PA 120x80 mm Hg, P 84 bpm, R 18mpm, T 36,3 C. Glicemia 343mg/dl. Mucosas úmidas e coradas. Rede venosa com boa perfusão e visibilidade. Apresenta dormência e câimbras em MMII.• Riscos a vida e ao bem estar - órgãos sensoriais sem problemas. Procura ajuda médica apenas em momentos de crise. Não realiza nenhum tipo de tratamento a nível domiciliar. Vai ao dentista de 6 em 6 meses.	

PLANO E PROBLEMAS MÉDICO	DÉFICITS DE AUTOCUIDADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO
13/09/96 Diagnóstico Médico Diabetes Mellitus I Prescrição Médica 1. Glicemia de 6/6 horas 2. Dieta para DM tipo I com 1800cal. 3. Insulinoterapia: Insulina R - 7:30h - 16U - SC 17:00h - 0U - SC Insulina NPH - 7:30h - 24U - SC 17:00h - 22U - SC	13/09/96 1. Dispneia aos esforços prolongados. Ta- bagista há 15 anos. 2. Polifagia, polidipsia, poliúria e polaciúria. 3. Ingesta de refrigeran- tes e bebidas alcoóli- cas. 4. Dermatite recidiva em região genital. 5. Sono interrompido várias vezes durante a noite devido a polaciúria 6. Câimbras e dormência em membros inferi- ores. 7. Desconhecimento acerca da fisiopatolo- gia da doença e trata- mento. 8. Dificuldade para aderir ao plano terapêutico não medicamentoso. 9. Níveis glicêmicos alterados. 10. Uso de insuli- noterapia. 11. Presença de tonturas , sudorese e palidez	13/09/96 1.a - Potencial para desenvolver problemas pulmonares rela- cionado a padrões respi- ratórios ineficazes devido ao uso prolongado de cigarros. 1.b - Potencial para apresentar e acelerar complicações crôni- cas cardiovasculares do Dia- betes, relacionada ao com- prometimento do fluxo san- guíneo periférico, devido ao uso prolongado de cigarros. 2 e 3 - Potencial para desenvolver quadros súbitos e severos de hiperglicemia e quadro de desidratação relaciona- dos ao não aproveitamento da glicose devendo fazer uso de formas alternativas de energia como a dos lipídios vindo a perder água e eletrólitos. 4 - Potencial para apresentar lesão em região genital, relacionada a fragilidade de tecido devido a dermatite de repetição. 5 - Potencial para apresentar quadro de indisposição relacio- nado a padrões de sono e	13/09/96 1.a. - Meta: Prevenir o desenvolvimento de problemas pul- monares e complicações cardiovasculares. Objetivo: C.P.F. deverá dizer que conhece os riscos do tabagismo ao seu estado de saúde doença e empenhar-se- a em deixar este vício. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação Método de Ajuda: Orientar, apoiar e ensinar 1. b. - Meta: Prevenir o desenvolvimento acelerado de compli- cações crônicas do Diabetes, devido ao tabagismo. Objetivo: C.P.F. entenderá que o tabagismo pode agravar significativamente sua doença e passará a di- minuir gradativamente o uso deste, durante e após a sua hospitalização. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação Método de Ajuda: Orientar, apoiar, ensinar. 2 e 3 - Meta: Prevenir hiperglicemias e desidratação Objetivo: C.P.F. saberá identificar precocemente, até o momento de sua alta, sinais de hiperglicemia e de- sidratação, e conscientizar-se-a dos riscos da ingestia alimentar imprópria e excessiva a sua patologia. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação Método de Ajuda: Orientar, apoiar, ensinar. 4 - Meta: Prevenir o aparecimento de lesões em região genital Objetivo: C.P.F. conhecerá e executará os cuidados ne- cessários para prevenir o aparecimento de lesões em sua região genital, durante e após sua hospitalização. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação e parcialmente compensatório. Método de Ajuda: Ajudar, orientar e apoiar.
14/09/96 Alterações nas doses de Insulina: Insulina R: 7:30h - 14U - SC 17:00h- 8U- SC Insulina NPH: 7:30h - 24U- SC 17:00h -22U - SC	14/09/96 11. Presença de tonturas , sudorese e palidez		
15/09/96 Insulina R: 7:30 h- 18U - SC 17:00 h- 6U- SC Insulina NPH: 7:30h - 24U- SC 17:00h- 24U -SC	17/09/96 11. Presença de tonturas , sudorese e palidez		

<p>16/09/96</p> <p>Insulina R</p> <p>7:30 h- 18U - SC</p> <p>17:00h- 0U - SC</p> <p>Insulina NPH</p> <p>7:30h - 28U - SC</p> <p>17:00h - 24U - SC</p>	cutânea.	<p>repouso inadequados e ineficientes.</p> <p>6.a - Potencial para agravar câimbras e dormência em MMII podendo estar relacionado a falta de exercícios sistemáticos e deficiência do fluxo sanguíneo periférico, pelo uso de cigarros e níveis glicêmicos alterados.</p> <p>6.b - Potencial para apresentar problemas com os pés relacionado a diminuição da sensibilidade periférica devido ao aumento dos níveis glicêmicos.</p> <p>7, 8 e 9 - Potencial para desenvolver precocemente complicações crônicas do Diabetes (vasculopatias, retinopatias, neuropatias periféricas, nefropatias...) relacionada a falta de conhecimento acerca da doença e tratamentos, dificuldade em adequar-se ao plano terapêutico não medicamentoso e ao desequilíbrio hormonal.</p> <p>10 - Potencial para desenvolver complicações do uso da insulino terapia (lipodistrofias) relacionada a falta de</p>	<p>5 - Meta: Diminuir o potencial para apresentar astenia e indisposição e melhorar os padrões de sono e repouso.</p> <p>Objetivo: C.P.F. será capaz de dormir mais de 6 horas seguidas durante a noite, mediante compensação de sua patologia e pela adequação ao plano de cuidados.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório.</p> <p>Método de Ajuda: Ajudar, apoiar e orientar.</p> <p>6.a - Meta: Evitar o aparecimento de câimbras e dormência em MMII e prevenir complicações vasculares.</p> <p>Objetivo: C.P.F. se conscientizará da importância da realização de exercícios físicos periódicos e sistemáticos e passará a executá-los mesmo enquanto hospitalizados e posteriormente a nível domiciliar.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio- educação</p> <p>Método de ajuda: Orientar, apoiar e ensinar.</p> <p>6.b - Meta: Prevenir pé diabético.</p> <p>Objetivo: C.P.F. deverá saber quais os cuidados com os pés para prevenção de problemas com os pés (sapatos adequados, higiene, exercícios...).</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação.</p> <p>Método de Ajuda: Orientar, apoiar e ensinar.</p> <p>7, 8 e 9 - Meta: Prevenir o aparecimento precoce e ao longo prazo de complicações do Diabetes.</p> <p>Objetivo: C.P.F. conseguirá entender, até o momento de sua alta, que o Diabetes é uma doença que ataca o pâncreas e ocasiona o aumento dos níveis de glicose no sangue. Saberá e identificará quais as formas de tratamento e estará adaptado a elas.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método de Ajuda: Ensinar, apoiar e orientar.</p> <p>10 - Meta: Prevenir complicações decorrentes da insulino terapia</p> <p>Objetivo: C.P.F. saberá executar corretamente, até o mo-</p>
--	----------	---	---

		<p>conhecimento acerca dos cuidados com assepsia, preparo e administração da insulina.</p> <p>17/09/96</p> <p>11 - Potencial para aumentar a frequência dos episódios de hipoglicemia possivelmente relacionada ao desajuste das doses de insulina.</p>	<p>mento de sua alta, a insulinoaterapia respeitando devidamente os cuidados com preparo, assepsia e administração de insulina.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio - educação</p> <p>Método de Ajuda: Orientar, apoiar e ensinar.</p> <p>17/09/96</p> <p>11 - Meta: Prevenir episódios de hipoglicemia</p> <p>Objetivo: C.P.F. reconhecerá precocemente sinais e sintomas de hipoglicemia e quais as medidas que deverá tomar frente a esta situação, (até o momento de sua alta).</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio educação.</p> <p>Método de ajuda: Orientar, apoiar e ensinar.</p> <p>18/09/96* - Marcado Visita Domiciliar para o dia 27/09/96.</p>
--	--	--	---

IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO
<p>1.a.b. - Desenvolver junto com C.P.F. as metas propostas.</p> <p>- C.P.F. entenderá e saberá dizer quais são as implicações do tabagismo ao seu estado saúde -doença.</p> <p>- C.P.F. Conseguirá diminuir gradativamente ou eximir o uso do cigarro.</p> <p>- Em conjunto com a academia C.P.F. avaliará a melhor forma para trabalhar seus déficits de autocuidado.</p>	<p>1.a.b - C.P.F. sabe quais são os riscos do tabagismo a sua saúde?</p> <p>- C.P.F. consegue diminuir ou eximir o uso de cigarros?</p> <p>- C.P.F. compreende que o cigarro associado ao Diabetes pode desencadear precocemente complicações crônicas de sua patologia?</p> <p>- O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?</p>
<p>2 e3 - Desenvolver junto com o C.P.F. a meta proposta.</p> <p>- C.P.F. saberá identificar e descrever sinais e sintomas de hiperglicemia e sinais de desidratação.</p> <p>- C.P.F. compreenderá a importância de sua adesão ao plano terapêutico medicamentoso e não medicamentoso para a prevenção de hiperglicemia.</p> <p>- C.P.F. compreenderá a importância da ingestão hídrica adequada para prevenção de desidratação.</p> <p>- Em conjunto com a academia C.P.F. avaliará a melhor forma para trabalhar seus déficits de autocuidado.</p>	<p>2 e 3 - C.P.F. é capaz de identificar e descrever corretamente quais os sinais e sintomas de hiperglicemia?</p> <p>- C.P.F. conseguiu adequar-se efetivamente ao seu plano terapêutico?</p> <p>- C.P.F. é capaz de identificar e descrever os sinais de desidratação?</p> <p>- C.P.F. compreende a importância e executa ingestão hídrica adequada?</p> <p>- O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?</p>
<p>4 - Desenvolver junto com o C.P.F. a meta proposta.</p> <p>- C.P.F. será capaz de executar os cuidados para prevenir aparecimento de lesões em região genital.</p> <p>- C.P.F. conseguirá diminuir ou sanar o problema de dermatite em região genital.</p> <p>- Em conjunto com a academia C.P.F. avaliará a melhor forma para sanar seu desvio de saúde.</p>	<p>4 - C.P.F. é capaz de executar correta e sistematicamente os cuidados preventivos indicados?</p> <p>- C.P.F. conseguirá sanar seu problema de dermatite em região genital?</p> <p>- O sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?</p>
<p>5 - Desenvolver junto com C.P.F. a meta proposta.</p> <p>- C.P.F. solicitará informações a cerca de como proceder para melhorar seu padrão de sono/repouso.</p> <p>- C.P.F. conseguirá melhorar seu padrão de sono /repouso mediante compensação de seu Diabetes.</p> <p>- Em conjunto com a academia C.P.F. avaliará a melhor forma para trabalhar seu déficit de autocuidado.</p>	<p>5 - C.P.F. relata as causas que interrompem seu sono?</p> <p>- C.P.F. compreende as medidas propostas para repadronização de seu sono/repouso?</p> <p>- C.P.F. consegue dormir 6 horas seguidas durante o período noturno?</p> <p>- C.P.F. consegue realizar descanso efetivo?</p> <p>- O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?</p>
<p>6a.b. - Desenvolver junto com C.P.F. a meta proposta.</p> <p>- C.P.F. solicitará informações acerca de medidas preventivas aos problemas vas-</p>	

<p>culares em membros inferiores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. compreenderá a importância da realização de exercícios periódicos para prevenir aparecimento e/ou agravamento dos problemas vasculares. - C.P.F. conhecerá e executará corretamente os cuidados com os pés para prevenção de lesões. - Em conjunto com a acadêmica C.P.F. avaliará a melhor forma para trabalhar seu déficit de autocuidado. 	<p>6.a.b. - C.P.F. compreende as informações fornecidas acerca do autocuidado para prevenção de problemas vasculares?</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. executa exercícios físicos sistematicamente? - C.P.F. é capaz de relatar as possíveis complicações ocasionadas pela falta de exercícios físicos ao diabético? - C.P.F. conhece e executa sistematicamente os cuidados com seus pés? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>7, 8 e 9 - Desenvolver junto com C.P.F. a meta proposta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. solicitará esclarecimento acerca de sua doença e tratamento. - C.P.F. compreenderá que a estabilização do seu estado saúde-doença dependerá principalmente de seu autocuidado. - C.P.F. conseguirá adequar-se ao seu plano de cuidado. - C.P.F. estará consciente da importância e necessidade de acompanhamento ambulatorial periódico junto a equipe de saúde ao longo de sua vida. - C.P.F. aprenderá e descreverá quais alimentos poderá ingerir além da quantidade adequada destes para manter-se estável. - Em conjunto com a acadêmica C.P.F. avaliará a melhor forma para trabalhar seu déficit de autocuidado. 	<p>7, 8 e 9 - C.P.F. compreende as informações e esclarecimentos fornecidos acerca de sua doença e tratamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. detém conhecimentos básicos, necessários para a implementação adequada de seu autocuidado? - C.P.F. está seguindo corretamente o seu plano terapêutico? - C.P.F. tem conhecimento e sabe descrever a conduta indicada ao paciente diabético a nível domiciliar? - C.P.F. encontra-se compensado (estabilidade dos níveis glicêmicos)? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>10 - Desenvolver junto com C.P.F. a meta proposta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. solicitará informações sobre a técnica de preparo e administração de insulina. - C.P.F. compreenderá e repetirá os cuidados quanto ao preparo, administração e armazenamento da insulina. - C.P.F. executará a técnica de preparo e administração da insulina corretamente. - C.P.F. conhecerá as possíveis complicações (lipodistrofias) decorrentes da insulino-terapia. - Em conjunto com a acadêmica C.P.F. avaliará a melhor forma para trabalhar seu déficit de autocuidado. 	<p>10 - C.P.F. compreende as informações a cerca da insulino-terapia?</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. compreende a importância dos cuidados no preparo e administração da insulina? - C.P.F. realiza corretamente a técnica de preparo e administração da insulina, criterizando os cuidados indicados para prevenção de complica-
<p>11 - Desenvolver junto com C.P.F. a meta proposta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. conseguirá interpretar os sintomas por ele apresentado como sendo a instalação de um quadro hipoglicêmico - C.P.F. compreenderá que mesmo após episódios hipoglicêmicos deverá manter seu plano terapêutico para prevenir episódios hiperglicêmicos. - C.P.F. compreenderá e reconhecerá quais os fatores causais de episódios hipoglicêmicos. 	

<ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. compreenderá e reconhecerá quais os fatores causais de episódios hipoglicêmicos e hiperglicêmicos. - C.P.F. buscará manter seus níveis glicêmicos mediante adesão ao seu plano de cuidados. - Em conjunto com a acadêmica C.P.F. avaliará a melhor forma para trabalhar seu déficit de autocuidado. 	<p>ções?</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. conhece as possíveis complicações decorrente da insulinoterapia? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz? <p>11 - C.P.F. reconhece sinais e sintomas de hipoglicemia quando os apresenta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - C.P.F. compreende e descreve a conduta frente a quadros hipoglicêmicos? - C.P.F. identifica e descreve quais os fatores causais de hipo e hiperglicemia? - C.P.F. encontra-se em estado de compensação? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
--	--

EVOLUÇÃO DO AUTOCUIDADO	
<p>1.a.b. C.P.F. é capaz de identificar os riscos que o tabagismo ocasiona a sua saúde, compreende que tal vício pode agravar significativamente seu problema de Diabetes. Entende que deixando de fumar poderá prevenir e evitar episódios de dispnéia quando da realização de exercícios físicos. Refere que está tentando deixar definitivamente o cigarro, o que o fez reduzir para cinco o número de cigarros diários. Porém diz estar sendo difícil abandonar este vício. Tal fato implica na manutenção do plano.</p> <p>2 e 3 - C.P.F. é capaz de descrever os sinais e sintomas de hiperglicemia corretamente. Consegue ainda, relatar sinais de desidratação referentes a alterações na pele e indisposição geral. Primou por ingerir mais de um litro de água por dia, abstendo-se de refrigerantes, a fim de manter seu equilíbrio hidroeletrólítico e glicêmico. Porém confessa que sente necessidade de realizar lanches fora da dieta prevista, o que mantém o potencial para apresentar episódios de hiperglicemia. Fazendo-se assim necessário a manutenção do plano.</p> <p>4 - C.P.F. refere melhora do quadro de dermatite em região genital. Executa cuidados de higiene com mãos antes e após ir ao banheiro. Está fazendo uso de cuecas samba canção. Relata diminuição no número de micções, fato que acredita ter contribuído para a regressão das "assaduras". C.P.F. conseguiu tornar-se independente para o autocuidado. Sistema de Enfermagem eficaz.</p>	<p>5 - C.P.F. refere estar dormindo mais e melhor durante à noite. Consegue conciliar melhor o sono mediante execução de técnicas de respiração e relaxamento antes de dormir. Acredita estar dormindo melhor devido ao fato da diminuição do número de micções, não necessitando levantar durante à noite. Sente-se mais disposto. C.P.F. conseguiu superar seu déficit de autocuidado confirmando a eficácia do Sistema de Enfermagem.</p> <p>6 - C.P.F. passou a realizar exercícios de alongamento conforme orientações da acadêmica. Refere não ter apresentado câimbras ou dormências nas pernas. Relata que pretende ir mais vezes de bicicleta ao trabalho, a fim de evitar problemas mais sérios decorrentes do seu estado de saúde. Costuma deambular pelos corredores, evitando ficar muito tempo parado. C.P.F. passou a executar medidas para sanar seu déficit de autocuidado o que confirmou a eficácia do Sistema de Enfermagem.</p> <p>7, 8 e -9 - C.P.F. é capaz de explicar sucintamente do que se trata a sua doença identificando o órgão afetado e as suas consequências ao metabolismo (aumento de açúcar no sangue). Consegue definir e distinguir sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, relacionando os cuidados tomados frente a estas situações. Compreende o porquê da necessidade de acompanhamento nos serviços de saúde. Consegue identificar quais os alimentos e líquidos que deve evitar. Porém não cumpre a dieta prescrita no que se refere a quantidade dos alimentos, realizando lanches por conta própria, o que implicará na manutenção do plano.</p>

	<p>10 - C.P.F., após receber as orientações pertinentes ao preparo e administração de insulina, mostrou-se capaz e apto tanto no preparo quanto na administração da insulina, realizando corretamente a técnica. Compreende a importância dos cuidados com insulino terapia, além de identificar as possíveis complicações decorrentes da falta de critério com assepsia e rodízio para injeção subcutânea. C.P.F. assumiu seu autocuidado frente a insulino terapia de forma efetiva e eficaz durante o período de hospitalização. Assim C.P.F. superou seu déficit de autocuidado, comprovando a eficácia do Sistema de Enfermagem.</p> <p>11 - C.P.F. solicitou auxílio junto à equipe de enfermagem assim que apresentou sinais e sintomas de hipoglicemia (sudorese e tonturas). Requisitou maiores informações acerca da conduta indicada e em conjunto com a acadêmica levantou as possíveis causas de seu episódio de hipoglicemia. Demonstrou porém desconhecer que a hipoglicemia poderia estar relacionada a inadequação das doses de insulina a seu organismo. Tal fato indica a necessidade da manutenção do plano.</p>
--	--

VISITA DOMICILIAR I

1. Dados Pessoais

Nome: C. P.F.

Sexo: masculino

Idade: 33 anos

Estado Civil: casado

Religião: católico

Diagnóstico: DM tipo I

Endereço: Rua General Vieira da Rosa, nº 775 - Centro.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Promover a prática do autocuidado por parte do paciente/família a nível domiciliar, visando a sua mais rápida e satisfatória integração ao trabalho e a sociedade, através de orientações acerca de sua patologia e tratamento, contextualizando estas a sua realidade socio-econômica e cultural.

2.2. Objetivos Específicos

- Interagir junto ao paciente e família para identificar a competência deste em adequar-se ao esquema terapêutico.
- Observar e descrever estrutura física, condições de saneamento básico do domicílio e constituição familiar.
- Averiguar competência do paciente para realizar insulinoaterapia, pedindo-lhe que demonstre o procedimento.
- Reforçar orientações acerca da importância e forma correta para realização do rodízio de injeção subcutânea.
- Fornecer mapa com os locais indicados para injeção subcutânea juntamente com esquema para rodízio.

- Questionar o paciente acerca de sua conduta atual no que diz respeito a dieta, realização exercícios físicos, tabagismo, etilismo e tratamento medicamentoso.
- Esclarecer possíveis dúvidas acerca do tratamento e fisiopatologia da D.M.
- Realizar exame físico completo para avaliar estado geral do paciente.
- Reorientar o paciente/família acerca dos sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia.
- Questionar o paciente quanto a realização de acompanhamento a nível ambulatorial.
- Averiguar junto aos familiares o quanto estes conhecem sobre D.M.
- Indicar e estimular o acompanhamento de seu quadro clínico a nível ambulatorial na Policlínica Regional de Referência próxima a sua residência.
- Remanejar o plano de autocuidado de acordo com a realidade vivenciada pelo paciente.

3. Material Prescrito

- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Termômetro
- Roteiro para V. Domiciliar
- Folhetos educativos
- Mapa contendo locais de aplicação - injeção S.C. e esquema rodízio para injeção S.C.
- Material para glicoteste (glicemia capilar ou glicosúria)

4. Atividades Previstas

- Realização exame físico
- Verificação S.V./avaliação da perfusão e saturação de M.M.S.S. e M.M.I.I./avaliação dos órgãos sensoriais (visão, audição, tato, olfato, gustação) / inspeção acurada dos pés e cavidade oral.
- Entrega de folhetos educativos e mapa dos locais de aplicação-injeção SC mais rodízio para mesma.

- Orientação e esclarecimentos acerca do tratamento medicamentoso (insulinoterapia) e não medicamentoso (dieta, exercícios físicos, abstinência cigarro, uso de álcool...).

5. Descrição e Análise

Mediante o consentimento de C.P.F. e de sua esposa M.P.F. para a realizarmos. Visitas Domiciliares, marcamos durante sua hospitalização a 1ª Visita Domiciliar (VD). após a sua alta hospitalar que se deu no dia 18.09.96. Esta seria, no dia 12.10.96 conforme disponibilidade da família.

Realizamos todos os esclarecimentos acerca de nossos objetivos quando da realização da visita e orientação quais seriam as atividades que desenvolveríamos junto a eles durante a mesma. Assim angariamos e preparamos os materiais necessários para a implementação das atividades e orientações.

Porém, dois dias antes do combinado a esposa de C.P.F. nos procurou no campo de estágio para avisarmo-nos que não seria possível a realização da visita, prevista para 12/10/96, (sábado pela manhã), pois ela estaria de plantão na rouparia do H.G.C.R. e C.P.F. viajaria a serviço. Questionou-nos então, se havia possibilidade de transferir nossa Visita para outra ocasião. Esclarecemos que não haveria problema algum e que realizaríamos a Visita a seu domicílio de acordo com a disponibilidade da família, respeitando sua vontade.

Transferimos, então, a Visita Domiciliar para o dia 19/10/96 às 09:00 h. (sábado), conforme indicado por M.P.F.

No dia 18/10/96 às 23:00 h., M.P.F. avisou-nos por telefone que ela e C.P.F. teriam um compromisso muito importante a cumprir no sábado pela manhã, na hora combinada para realizarmos a 1ª V.D., o que novamente inviabilizaria esta.

Desta vez, nós questionamos a possibilidade de realizarmos a Visita em outro dia. M.P.F. informou-nos que haveria uma possibilidade no dia 22/10/96, (terça-feira), após as 19:00 h., pois ela não teria aula e C.P.F. já haveria retornado do trabalho. Acatamos sua sugestão e marcamos pela 3ª vez o dia da 1ª V.D.

Na 2ª feira (dia 21/10/96), M.P.F. veio a nosso encontro em campo de estágio para comunicar que “talvez” não poderia estar em casa na 3ª feira à noite, devido a seus estudos, porém se pudesse estar nos telefonaria avisando. Contudo tal fato não aconteceu, o que indicou-nos que não seria novamente possível a realização da V.D. à família de C.P.F.

Discutimos acerca destes episódios com nossas supervisoras e orientadora, onde colocamos que o fato da esposa de C.P.F. ter adiado por três vezes consecutivas a V.D., deu-nos a impressão de que a família havia mudado de idéia em relação a realização desta, utilizando assim de desculpas para evitar que esta se concretizasse.

Acreditando que desta forma estaríamos respeitando a tomada de decisão da paciente/família, fundamentadas na teoria de OREM apud NORONHA 1994, onde coloca que autocuidar-se é ter o direito de decidir acerca de seu corpo, seus interesses, seu próprio bem-estar e o da coletividade.

Desta forma, assim que se fez oportuno conversamos com a esposa de C.P.F., abordando alguns aspectos em relação a conduta de C.P.F. a nível domiciliar e colocamos alguns pontos acerca dos objetivos do nosso estágio, deixando claro que o paciente e sua família teriam toda a liberdade de acatarem ou não nossas orientações e intervenções junto a eles. Cabe ressaltar que M.P.F. ouviu-nos com atenção sem no entanto referir mais nada a respeito das V.D.

A posteriori M.P.F. voltou a procurarmos em campo de estágio relatando-nos que estava preocupada com C.P.F., pois este estava apresentando algumas “dificuldades” em adequar-se ao plano terapêutico, principalmente no que se referia a dieta e insulino terapia. Realizamos, então, alguns esclarecimentos acerca destes aspectos a M.P.F. e a encaminhamos a médica responsável por C.P.F. quando de sua hospitalização.

M.P.F. voltou a nos procurar mais algumas vezes durante o estágio com o propósito de angariar mais informações acerca do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso de C.P.F., porém em nenhum desses momentos retomou o assunto pertinente a realização das Visitas Domiciliares. Assunto este que também não retomamos acreditando que desta forma estaríamos respeitando o direito de escolha de paciente / família .

De acordo com referencial teórico de DOROTHEA OREM, “Autocuidado e cuidado de dependentes são formas de atividade humana referidas como “ação deliberada”. Esta é essencialmente a ação para alcançar um resultado previsto que é precedido por investigação, reflexão e julgamento para avaliar a situação e por uma escolha refletida e deliberada daquilo que deveria ser feito. Ação deliberada, pois, inclui idéias para descrever circunstâncias que levam a decisões relativas ao autocuidado”.

Decidir acerca de seu autocuidado é um direito do educando que deve ser respeitado pelo educador.

Assim constatamos nesta experiência com C.P.F. e sua família, que por mais empenho e compromisso que o educador em saúde tenha para a promoção do autocuidado, a decisão final acerca da efetivação deste sempre caberá ao educando.

PROCESSO DE ENFERMAGEM II

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.2. Fatores Pessoais:

Unidade Hospitalar: Unidade Clínica Médica - 6º andar - HGCR.

Data Internação: 02.10.96 Data Alta: 29.10.96

Nome: G.T.M.

Sexo: masculino

Data nascimento: 03.10.31

Peso: 61,400 kg

Altura: 1,64 m

Raça: branca

Religião: católica

Estado Civil: casado a 44 anos

Procedência: Florianópolis Ocupação: pintor

Endereço: Rua Nestor Passos, 186 - Centro

Início do Processo de Enfermagem: 10.10.96

1.2. Antecedentes Familiares e Individuais:

Relata que não sabe de nenhum caso de Diabetes Mellitus na família. Diz ter perdido o pai e uma irmã após estes terem sofrido um “derrame”.

Há mais ou menos 10 anos, teve a sua primeira internação. Diz ter sentido, na época, algumas tonturas e que por vezes chegava a cair. Então, foi levado até o Hospital de Caridade onde ficou internado para tratamento clínico. Nesta situação, descobriu ser diabético. Voltou para casa com a indicação do uso de diabinese e dieta adequada para controlar os níveis glicêmicos, além de medicação para controle de hipertensão, da qual o paciente não sabe informar o nome.

Após esta internação informou que não seguiu o tratamento dietético e que por vezes deixava de tomar os medicamentos prescritos. Faz acompanhamento médico trimestral.

Informa que na madrugada do dia 02.10.96, acordou com “dores de cabeça” e um “formigamento” no braço direito que progredia rapidamente para o restante do hemicorpo

direito. Veio procurar os serviços de saúde deste Hospital onde passa pela sua segunda internação. Nesta data fora diagnosticado A.V.C. isquêmico relacionado ao Diabetes Mellitus e a hipertensão sem tratamento efetivos.

1.3. Autocuidado Universal:

- Aeração: Alega não apresentar tosse ou expectoração; Os movimentos respiratórios são simétricos, bilaterais. A Ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares. Diz que é importante respirar bem “para viver e deixar o corpo em ordem porque tudo funciona movido a ar”.

- Hidratação: tem o hábito de tomar mais de 1 litro de líquido por dia. Os líquidos que toma são: água, refrigerantes e sucos doces, apesar de reconhecer que os dois últimos são contraindicados aos diabéticos. Refere que a ingesta hídrica é importante para “não dar secura na boca, na pele e ajudar no funcionamento dos rins e do intestino”.

- Alimentação: Diz sentir muita fome e comer de tudo, apesar das restrições de açúcar e sal. Não tem alegrias alimentares, faz 5 refeições por dia e levanta durante a noite para comer. Define com clareza, cor, odor, sabor e consistência dos alimentos e prefere doces a salgados. É capaz de comer sozinho contudo precisa de auxílio para cortar os alimentos. Tem dificuldades de mastigação por não possuir arcada dentária superior completa. Nega problemas de deglutição. Diz que “a alimentação é a coisa mais importante da vida, serve para manter o corpo forte e com saúde”.

- Eliminações: Diz evacuar uma vez ao dia, fezes ressequidas, urina em média 7 a 8 vezes ao dia, tendo que levantar-se durante a noite para ir ao banheiro. O volume de cada micção é médio, amarelo claro, segundo relato do paciente.

- Atividade e descanso: relata ter o hábito de nas horas de folga, assistir TV, fazer caminhadas curtas aos arredores de sua casa. Diz dormir 1 hora após o almoço, diariamente. Não tem problemas de insônia. Sua média de sono diária é de 9 horas, 8 noturnas e 1 diurna.

- Estar só e interação social: Diz morar com a esposa e a neta e ter bom relacionamento com os vizinhos, costumando conversar com estes nos fins de tarde e domingos. No hospital recebe visitas de familiares e amigos e conversa com os outros pacientes.

- Funcionamento e desenvolvimento normal: O paciente tem boa aparência física e devido a algumas limitações precisa de auxílio para realizar seus cuidados corporais. Apresenta mucosas úmidas e coradas, câimbras em MSD e MID além da hemiparesia e hemiparestesia D. Consegue caminhar sozinho porém com dificuldades e apoiando-se nas paredes. Apresenta disartria. Tem suas atividades normais prejudicadas em virtude das limitações da doença.

- Riscos a vida e ao bem estar: Refere não seguir efetivamente os tratamentos medicamentosos e dietéticos a nível domiciliar, tem acuidade visual diminuída. Procura serviços de saúde trimestralmente. Diz que “a falta de exercícios, de cuidado com a comida e com os remédios” são situações que podem aumentar os prejuízos a sua saúde.

1.4. Diagnóstico Médico:

AVC isquêmico

D.M. tipo II

H.A.S.

1.5. Prescrição Médica:

1) Dieta com 2 gr. de sal, 1200 cal., pobre em gorduras saturadas, para D.M.

2) C.S.V. 6 vezes ao dia.

3) Adalat 10 mg se PAD > 110 mmHg.

4) Glicemia 6/6 h.

5) Insulina R 7:30 - 12U SC

Insulina NPH 7:30 - 16U SC

17:00 - 8U SC

6) Se hipoglicemia oferecer leite açucarado e chamar plantão.

7) AAS 100mg VO 2 cp. Após almoço.

Dipirona 40 gts. VO SN.

8) Plasil 30 gts. VO SN

9) Heparina 5000 U 12/12h.

1.6. Exames Realizados:

07.10.96 - Tomografia Computadorizada

Conclusão: Prosencéfalo patia isquêmica, cortical e subcortical difusa, provavelmente microangiopática.

09.10.96 - Tomografia Computadorizada

Conclusão: Prosencéfalo patia isquêmica, cortical e subcortical (>), difusa, provavelmente microangiopática.

10.10.96 - RX Tórax

Conclusão: Transparência pulmonar normal; Seios costo frênicos livres;
Ectasia aórtica; Área cardíaca nos limites superiores do normal.

14.10.96 Ecocardiograma

Conclusão: hipertrofia concêntrica VE leve; Disfunção diastólica VE tipo alterações no seu relacionamento. Disfunção sistólica leve do VE.

17.10.96 Ressonância Magnética

Conclusão: Múltiplas lesões dismielinizantes focais envolvendo a topografia da substância branca do centro semioval e periventricular bilateralmente. Lesão lacunar de provável origem isquêmica envolvendo a topografia da cabeça do núcleo caudado esquerdo. Lesão desmielinizante focal de provável origem isquêmica envolvendo a topografia da porção ventro-lateral esquerda do bulbo, próximo a transição bulbo-pontina.

FATORES PESSOAIS	AUTOCUIDADO UNIVERSAL	AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL	DESVIOS DE SAÚDE
<p>10/10/96</p> <ul style="list-style-type: none"> • G.T.M. • 65 anos • masculino • 1,64 m • 61,4 kg • brasileiro • branco • casado • católico • pintor 	<p>10/10/96</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aeração - GTM Não refere qualquer alteração no padrão respiratório normal. • Hidratação - GTM diz ter muita sede e ingerir mais de 2 litros de líquido por dia, fazendo uso inclusive de refrigerantes. • Alimentação - Faz em torno de 5 refeições por dia, sendo que por vezes levanta-se à noite para comer. Tem restrição alimentar quanto ao açúcar e ao sal mas não segue efetivamente. Come sozinho mas precisa de auxílio para cortar e/ou descascar alimentos. • Eliminações - fezes secas, uma vez ao dia; urina 7 a 8 vezes dia, normal. • Atividade e descanso - em casa costuma assistir TV; gosta de fazer caminhadas curtas aos arredores de sua casa. Costuma dormir em média uma hora após o almoço. • Estar só e interação social- é a sua 2ª internação recebe visita de familiares e amigos diz que não sente saudades de ninguém em especial. Em casa costumava conversar com os vizinhos no fim de tarde e domingos. No hospital passa o tempo conversando com outros pacientes. • Funcionamento e Desenvolvimento Normal - Boa aparência física, precisa de ajuda para realizar cuidados de higiene corporal. P 68 bpm; R 26 	<p>10/10/96</p> <p>Apresenta-se interessado em aprender sobre sua doença e autocuidado. Diz não entender o porque desta doença acontecer com ele. Terá que adaptar-se a nova situação especialmente, no que tange a dieta, deambulação e terapia medicamentosa.</p>	<p>10/10/96</p> <p>Presença de descompensação do DM. Apresenta polidipsia, poliúria, polaciúria e polifagia. Tem dificuldade para deambular devido a parésia e parestesia D. Presença de câimbras em MID e MSD. Dificuldade de mastigação devido a ausência de dentes na arcada superior; presença de disartria, acuidade visual diminuída.</p>

mpm; T 36,6C; PA 150x90 mmHg.
Níveis glicêmicos 7 h. - 307 mg/dl -
11h - 75mg/dl . Mucosas coradas e
hidratadas, rede venosa com boa
visibilidade e perfusão, pés íntegros.
Apresenta câimbras em MSD e hemi-
paresia e hemiparestesia a direita .
Tem dificuldade para deambular e
apresenta disartria.

- Riscos a vida e ao bem-estar - refere não seguir efetivamente o tratamento medicamentoso e dieta a nível domiciliar. Tem acuidade visual diminuída.

PLANO E PROBLEMAS MÉDICO	DÉFICITS DE AUTOUCUDADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PLANO
AVC isquêmico DM HAS Terapia: 1. Dieta com 2 gr de sal e para DM com 1200 cal e pobre em gorduras saturadas 2. CSV 6 x ao dia 3. Adalat 10 mg se PAD ≥ 110 mmHg 4. Glicemia 6/6 horas 5. Insulina regular 7:30h - 16 U SC 17:00h - 12 U SC Insulina NPH 7:30h - 16 U SC 17:00h - 8 U SC 6. Se hipoglicemia oferecer leite açucarado e chamar plantão. 7. AAS 100mg VO 2cp após almoço. 8. Plasil 30 gts VO SN 9. Dipirona 40 gts VO SN Alterações nas doses de insulina: 11/10/96 Insulina R 7:30h - 18U SC 17:00h - 18U SC	10/10/96 1. Ingesta de refrigerantes junto a outros líquidos. 2. Por vezes levanta-se à noite para comer. 3. Poligafia; polidipsia; poliúria, polaciúria. 4. Ausência de dentes na arcada superior. 5. Fezes ressequidas. 6. Disartria 7. Cãimbras em MID e MSD. 8. Paresia e parestesia D. 9. Dificuldade para deambular. 10. Diminuição nas habilidades para vestimenta e cuidados corporais. 11. Acuidade visual diminuída 12. Uso de insulino terapia 15/10/96 13. Dores lombares 17/10/96 14. Escoriação em MID 18/10/96 15. Ingre alimentos ex-	10/10/96 1 e 15 - Potencial para agravar a hiperglicemia relacionado a falta de orientação acerca de diagnóstico , tratamento e complicações da doença. 2 e 3 - Potencial para desenvolver quadros de desidratação e obesidade devido a perda excessiva de eletrólitos e da ingesta de calorias acima do limite adequado. 4 - Potencial para comprometimento da digestão e absorção relacionados a uma mastigação ineficiente. 5 - Potencial para continuar com as fezes ressequidas, relacionado a uma ingesta alimentar inadequada e hemiparesia. 6 - Potencial para manter ou agravar o quadro de disartria devido a diminuição da conversação. 7 e 8 - Potencial para progressão das cãimbras, paresia e parestesia relacionadas a falta de movimentação ativa e/ou passiva.	10/10/96 1 e 15 - Meta: Prevenir alterações nos níveis glicêmicos Objetivo: Até a alta hospitalar GTM será capaz de reconhecer e repetir, as causas e tipos de tratamento para DM, além de descrever sinais de hipo e hiperglicemia e saber como prevenir complicações. Sistema de Enfermagem: Apoio - educação. Métodos de Ajuda: Orientar, apoiar, ensinar 2 e 3 - Meta: Prevenir desidratação e obesidade. Objetivo: GTM estará consciente dos sinais de desidratação, da necessidade de repor eletrólitos e da importância de seguir a dieta adequadamente. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação Método de Ajuda: Orientar, ensinar 4 - Meta: Favorecer uma mastigação adequada. Objetivos: GTM se conscientizará da importância de uma boa mastigação e providenciará uma consulta odontológica, pós-alta, para avaliar a possibilidade de usar prótese dentária. Sistema de Enfemargem: Apoio - educação Método de Ajuda: Orientar, ensinar. 5 - Meta: Prevenir ressecamento das fezes Objetivo: Ao final da 1ª semana GTM estará consciente da importância de uma dieta rica em fibras e água. Esta dieta será discutida com a nutricionista. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação e parcialmente compensatório. Método de ajuda: Orientar, apoiar e guiar. 6 - Meta: Prevenir o aumento da disartria Objetivo: Ao final da 2ª semana GTM, estará consciente

<p>Insulina NPH 7:30h - 20 U SC 17:00h - 12 U SC</p> <p>15/10/96</p> <p>Insulina R 7:30h - 18 U SC 17:00h - 12 U SC</p> <p>Insulina NPH 7:30h - 24 U SC 17:00h - 20 U SC</p> <p>18/10/96</p> <p>Insulina R 7:30h - 18 U SC 17:00h - 12 U SC</p> <p>Insulina NPH 7:30h - 30 U SC 17:00h - 18 U SC</p> <p>21/10/96</p> <p>Insulina R 7:30h - 18 U SC 17:00h - 18 U SC</p> <p>Insulina NPH 7:30h - 34 U SC 17:00h - 14 U SC</p> <p>23/10/96</p> <p>Insulina R 7:30h - 14 U SC 17:00h - 14 U SC</p> <p>Insulina NPH 7:30h - 34 U SC 17:00h - 10 U SC</p>	<p>tras a dieta prescrita.</p> <p>22/10/96</p> <p>16. Hipoglicemia</p>	<p>9 - Potencial para manter a dificuldade de deambulação relacionado a não realização de fisioterapia passiva e ativa e a falta de orientação acerca da importância destas.</p> <p>10 - Potencial para aumentar as dificuldades para vestimenta e cuidados corporais relacionados a falta de motivação, e a sensação de incapacidade promovida pelo AVC e a lesão cerebral central (vide ressonância magnética e tomografia).</p> <p>11 - Potencial para aumentar o déficit de acuidade visual, relacionado a complicações tardias do DM e disfunções visuais oriundas do AVC.</p> <p>12 - Potencial para desenvolver complicações do uso de insulino-terapia relacionado ao desconhecimento acerca do autocuidado no que tange a assepsia, preparo, rodízio, dosagens e outros, ao estar usando insulina.</p> <p>15/10/96</p> <p>13 - Potencial para aumentar as dores lombares relacionado ao desconforto ocasionado pelo colchão e / ou pela má posição</p>	<p>da importância da conversação e da importância de buscar serviços de fonoaudiologia pós-alta.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio -educação</p> <p>Método de Ajuda: Orientar, apoiar e ensinar</p> <p>7, 8 e 9 Meta: Prevenir o aumento das câimbras da paresia e parastesia e da dificuldade de deambulação.</p> <p>Objetivo: Ao final da 2ª semana GTM estará consciente da importância da movimentação ativa e da busca de serviços de fisioterapia durante a internação.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio -educação e parcialmente compensatório.</p> <p>Método de Ajuda: Orientar apoiar, ensinar e guiar.</p> <p>10 - Meta: Prevenir agravos nas dificuldades para vestimenta e cuidados corporais alé de avaliar as sequelas do AVC.</p> <p>Objetivo: Ao final da 1ª semana GTM estará consciente de que estas limitações podem ser ultrapassadas e buscará realizar seus cuidados com vestimenta e higiene.</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação</p> <p>Método de ajuda: Orientar, apoiar e ensinar.</p> <p>11 - Meta: Prevenir aumento no déficit de acuidade visual.</p> <p>Objetivo: Ao final da 2ª semana, GTM estará consciente da necessidade de manter os níveis glicêmicos controlados e da consulta periódica ao oftalmologista .</p> <p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação.</p> <p>Método de Ajuda: Orientar e ensinar.</p> <p>12 - Meta: prevenir complicações associadas a insulino-terapia</p> <p>Objetivo: Até a alta hospitalar GTM e esposa estarão instrumentalizados para realizarem as técnicas de preparo e administração de insulina, de acordo com o preconizado.</p>
--	--	---	--

<p>24/10/96 Insulina R 7:30h - 10 U SC 17:00h - 10 U SC Insulina NPH 7:30h - 34 U SC 17:00h - 10 U SC</p> <p>25/10/96 Insulina R 7:30h - 10 U SC 17:00h - 10 U SC Insulina NPH 7:30h - 30 U SC 17:00h - 8 U SC</p> <p>Prescrição de Alta</p> <p>29/10/96 Insulina R 7:30h - 14 SC 17:00h - 8U SC Insulina NPH 7:30h - 30 U SC 17:00h - 8 U SC</p>		<p>ao deitar.</p> <p>17/10/96 14 - Potencial prar aumentar ou surgir escoriações e lesões de pele, especialmente nos pés, relacionado a complicações do DM e a possibilidade de reincidiva de quedas.</p> <p>22/10/96 15 - Potencial para aumentar a frequência dos episódios de hipoglicemia, possivelmente relacionado aos desajustes das doses de insulina.</p>	<p>Sistema de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório. Método de Ajuda: Agir, apoiar, orientar e ensinar.</p> <p>15/10/96 13 - Meta: Prevenir o aumento das dores lombares Objetivo: Após a troca do colchão, GTM será capaz de relacionar as dores lombares ao uso de colchão improprio e/ou postura inadequada para deitar. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório. Método de Ajuda: Agir, apoiar e ensinar.</p> <p>17/10/96 14 - Meta: Prevenir o aumento e/ou surgimento de escoriações e lesões especialmente pé diabético. Objetivo: Ao final da segunda semana GTM, estará consciente da necessidade prevenir lesões e quedas e entenderá que o processo de cicatrização do diabético é difícil. Sistema de Enfermagem: Apoio-educação Método de ajuda: Apoiar, orientar.</p> <p>21/10/96 16 - Meta: Prevenir episódios de hipoglicemia. Objetivo: Ao final do estágio GTM será capaz de reconhecer os sinais de hipoglicemia e questionar com o médico as doses de insulina. Sistemas de Enfermagem: Apoio-educação, parcialmente compensatório. Método de ajuda: apoiar, agir, ensinar e guiar.</p> <p>29/10/96 * marcado Visita Domiciliar para 02/11/96.</p>
---	--	--	---

IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO
<p>1 e 15 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM Solicitará informações acerca do diagnóstico, fisiopatologias, sinais e sintomas e cuidados necessários para controle e prevenção de complicações. - GTM descreverá os sinais de hipo e hiperglicemia e saberá como prevenir complicações. - Em conjunto com a acadêmica GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM compreende as informações fornecidas acerca das patologias das quais é portador? - GTM é capaz de identificar e descrever os sinais de hipo e hiperglicemia? - GTM é capaz de definir meios de prevenção de complicações? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>2 e 3 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM saberá quais os sinais de desidratação - GTM compreenderá a importância da ingestão hídrica aumentada associada a importância da reposição de eletrólitos. - GTM Seguirá adequadamente a dieta prescrita e previne a obesidade. - Em conjunto com a acadêmica, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM é capaz de definir os sinais de desidratação? - GTM compreende a importância da reposição hídrica e de eletrólitos? - GTM adere, com empenho a dieta prescrita? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>4 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM aprenderá sobre a importância de uma boa mastigação para iniciar a digestão. - GTM perguntará sobre os benefícios da prótese dentária. - GTM estará consciente da necessidade de uma consulta odontológica pós alta para providenciar uma prótese dentária. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM é capaz de ressaltar a importância da mastigação? - GTM compreende os benefícios da prótese dentária? - GTM tomou consciência da necessidade de marcar consulta odontológica? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?

<p>- Em conjunto com a acadêmica, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado.</p>	
<p>5 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta.</p> <p>- GTM solicitará explicações acerca das medidas que o ajudarão a ter uma função intestinal normal.</p> <p>- GTM aprenderá que algumas verduras e legumes e mais a ingestão suficiente de água poderão ajudar a apresentar uma boa motilidade intestinal.</p> <p>- Em conjunto com a acadêmica e nutricionista GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado.</p>	<p>- GTM compreende que as medidas propostas ajudarão a prevenir o ressecamento das fezes?</p> <p>- GTM entende as informações obtidas?</p> <p>- GTM discute em conjunto com a acadêmica e a nutricionista as adequações do cardápio?</p> <p>- O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?</p>
<p>6 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta.</p> <p>- GTM solicitará informações acerca das dificuldades para falar.</p> <p>- GTM solicitará a presença dos familiares, nos horários de visita para estimular a conversação calma e efetiva.</p> <p>- GTM estará consciente da necessidade de uma consulta com o fonoaudiólogo para aprender meios adequados de minimizar os problemas com a fala.</p> <p>- Em conjunto com a acadêmica e família, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado.</p>	<p>- GTM compreende as informações prestadas acerca da disartria?</p> <p>- GTM estabelece uma conversação calma e efetiva com seus familiares?</p> <p>- GTM tomou consciência da necessidade de procurar um fonoaudiólogo?</p> <p>- O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?</p>
<p>7, 8 e 9 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta.</p> <p>- GTM e família compreenderão a importância da fisioterapia ativa e passiva.</p> <p>- GTM e família serão capazes de realizar alguns exercícios simples passivos e ativos.</p> <p>- Em conjunto com a acadêmica e fisioterapeuta, GTM e família, avaliarão a me-</p>	<p>- GTM e família compreendem a importância da fisioterapia?</p> <p>- GTM e família executam exercícios simples?</p> <p>- GTM e família programam com a acadêmica e fisioterapeuta os exercícios que devem executar?</p> <p>- O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?</p>

<p>lhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado.</p> <p>10 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM socilará informações acerca da realização dos cuidados corporais com higiene e vestimenta, e do comprometimento trazido pelas sequelas do AVC. - GTM buscará realizar, gradativamente, alguns cuidados conforme as suas possibilidades. - GTM solicitará ajuda para realizar os cuidados que não tem competência para autocuidado - Em conjunto com a acadêmica, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM compreende as informações acerca da realização do autocuidado e das sequelas do AVC? - GTM realiza alguns cuidados? - GTM solicita ajuda para realizar os cuidados? - Sistema de Enfermagem foi efetivo?
<p>11 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM solicitará informações acerca das complicações tardias do DM e revisarão os cuidados para controle dos níveis glicêmicos. - GTM compreenderá a importância da consulta periódica ao oftalmologista para detectar complicações precocemente. - Em conjunto com a acadêmica, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM compreende as informações prestadas acerca das complicações e do controle do DM? - GTM tomou consciência da necessidade de acompanhamento oftalmológico periódico? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>12 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM e família solicitarão informações acerca da técnica de preparo e administração da insulina. - GTM e família compreenderão a importância de seguir corretamente os cuidados com a insulino terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM e família compreendem as informações acerca da técnica de preparo e administração da insulina? - GTM e família compreendem a importância de seguirem os cuidados com insulino terapia? - GTM e família realizam a técnica de preparo e administração da insulina?

<ul style="list-style-type: none"> - GTM e família realizarão a técnica de preparo e administração da insulino-terapia. - GTM e família compreenderão as possíveis complicações acerca da insulino-terapia. - Em conjunto com a acadêmica, GTM e família, avaliarão a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<p>lina?</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM e família compreendem as possíveis complicações acerca da insulino-terapia? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>13 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM compreenderá que as dores lombares podem estar relacionadas a posição inadequada ao deitar e/ou ao colchão inadequado. - GTM solicitará a troca do colchão. - GTM aprenderá uma posição adequada para dormir. - Em conjunto com a acadêmica, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM relaciona causas à sua dor lombar? - GTM adapta-se a troca do colchão? - GTM consegue dormir bem com a posição ensinada? - As dores lombares de GTM diminuíram? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>14 - Desenvolver junto com GTM a meta proposta</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM solicitará informações acerca do processo de cicatrização em portadores de DM - GTM entenderá a importância de prevenir quedas e lesões. - GTM tomará cuidados adequados com a pele. - Em conjunto com a acadêmica, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM compreende as informações prestadas acerca do processo de cicatrização? - GTM entende a importância de prevenir quedas e lesões? - GTM cuida adequadamente da pele? - O Sistema de Enfermagem utilizado foi eficaz?
<p>16) Desenvolver junto com GTM a meta proposta</p> <ul style="list-style-type: none"> - GTM solicitará informações acerca da hipoglicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> - GTM compreende as informações prestadas acerca da hipoglicemia? - GTM reconhece os sintomas hipoglicemia?

<ul style="list-style-type: none"> - GTM reconhecerá os sintomas da hipoglicemia - GTM solicitará informações quanto ao tratamento da hipoglicemia - GTM associará a hipoglicemia a um possível desajuste nas doses de insulina. - GTM compreenderá que mesmo após quadros de hipoglicemia tratados devem manter cuidados para prevenir a hiperglicemia. - GTM solicitará informações sobre hiperglicemia. - GTM seguirá efetivamente o plano de autocuidado buscando manter níveis glicêmicos próximos aos normais. - Em conjunto com a acadêmica, GTM avaliará a melhor forma de trabalhar seus déficits de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> -GTM compreende as formas de tratamento de hipoglicemia? - GTM associa a hipoglicemia aos desajustes nas dosagens de insulina e comunica aos membros da equipe acerca de cada episódio de hipoglicemia? - GTM compreende a importância da prevenção de hiperglicemia? - GTM solicita informações sobre hiperglicemia? - GTM segue efetivamente seu plano de autocuidado? - O sistema de Enfermagem foi efetivo?
---	--

EVOLUÇÃO DO AUTOCUIDADO	
<p>1 e 15 - GTM é capaz de descrever brevemente, as patologias da qual é portador salientando sinais e sintomas e os cuidados necessários para prevenir complicações. Consegue definir os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia referindo os cuidados que pode tomar nestes casos. Contudo, ainda continua comendo alimentos extras a dieta, no intervalo e durante as refeições o que implica em manutenção do plano, pois o déficit de autocuidado ainda permanece.</p> <p>2 e 3 - GTM tornou-se capaz de identificar sinais e sintomas de desidratação e entende a importância da reposição hídrica e de eletrólitos. Observa diariamente sua pele e mucosas para detectar se estão úmidas e coradas. No entanto, não consegue adequar o seu padrão alimentar ao indicado, o que matém o potencial para obesidade. Desta forma faz-se necessária a manutenção do plano pois o déficit de autocuidado permanece.</p> <p>4 - GTM interessou-se em aprender os benefícios da mastigação adequada. Apreendeu as informações prestadas, ressaltando a importância da boa mastigação e sugerindo uso de prótese dentária. Destacou a importância de procurar um odontólogo após a alta hospitalar. Para este problema o Sistema Apoio Educação foi eficaz, diminuindo os déficits de autocuidado de GTM.</p>	<p>5 - GTM compreendeu as medidas propostas para ajudar a prevenir alterações na função intestinal. Consegue listar alimentos, que dentro da sua proposta de dieta, podem auxiliar a resolver o problema de fezes ressequidas. Discute, questiona e avalia, junto com a académica e nutricionista a melhor forma de adequar as suas preferências a um cardápio rico em fibras sem alterações do número calorias previstas em virtude do DM. Neste caso os Sistemas de apoio Educação e parcialmente compensatório, foram eficazes, diminuindo os déficits de autocuidado de GTM.</p> <p>6 - Compreendeu que a disartria é uma sequela do AVC e que devidamente estimulado pode envolver. Frente a esta informação GTM procura manter diálogos mais efetivos, articulando bem as palavras e repetindo um mesmo vocábulo no qual apresentasse maior dificuldade. GTM afirma que para auxiliar na sua recuperação buscará um serviço de fonoaudiologia. Desta forma, o Sistema de Apoio-educação, mostrou-se eficaz neste caso, diminuindo os déficits de autocuidado.</p> <p>7, 8 e 9 - GTM e família compreenderam a importância da fisioterapia passiva e ativa para regressão ou estagnação das câimbras parestesia e parestesia e consequente dificuldade para deambular. Após a visita da fisioterapeuta, propiciada pela académica, GTM e família passaram a realizar, ainda no hospital, os exercícios de movimentação ativa e passiva orientados pela profissional. GTM sentiu</p>

<p>tiu discreta melhora no quadro e afirma que buscará um serviço de fisioterapia. Portanto, os sistemas de Apoio-educação e parcialmente compensatório foram eficazes e os déficits de autocuidado do indivíduo foram diminuídos.</p>	<p>Portanto, os Sistemas de Apoio-educação e parcialmente compensatório foram efetivos e os déficits de autocuidado diminuídos.</p>
<p>10 - GTM foi informado acerca da possibilidade de desenvolver potencialidades para o autocuidado no que diz respeito aos cuidados de higiene corporal e vestimenta. Mesmos tendo compreendido as orientações prestadas GTM não empenhou-se em realizar estes cuidados. Preferia aguardar pela esposa, para que esta prestasse os cuidados. Desta forma, o plano de autocuidado para o alcance da meta proposta fica mantido, visto que o déficit de autocuidado ainda permanece.</p>	<p>13 - GTM compreendeu as causas de sua dor lombar, sendo capaz de relacioná-las ao colchão inadequado e a má posição para dormir. Solicitou a troca do colchão. Após esta, diz estar sentindo-se melhor e sem dor lombar. Alega estar conseguindo dormir em posição mais confortável. Assim, os sistemas propostos foram efetivos e os déficits de autocuidado sanados.</p>
<p>11 - GTM compreendeu as orientações prestadas e considera importante a visita periódica ao oftalmologista, por outro lado não tomou consciência da importância do controle efetivo do DM, ainda fazendo transgressões dietéticas. Neste caso o déficit de autocuidado ainda permanece e Sistema de Apoio-educação não mostrou-se eficaz.</p>	<p>14 - GTM compreendeu as orientações realizadas. Passou a usar cremes hidratantes para a pele, com auxílio da esposa, e acompanhou atentamente todo o processo de cicatrização, das escoriações e sabe da importância do cuidado com os pés. Desta forma o Sistema de Apoio-educação foi efetivo e o déficit de autocuidado diminuído.</p>
<p>12 - GTM e família participaram de vários momentos explicativos sobre insulinoterapia. São capazes de compreender e repetir com clareza a técnica de preparo e aplicação da insulinoterapia. Sabem da importância dos cuidados com esta, além de serem capazes de perceber complicações pelo uso desta terapêutica. A esposa V.M. assumiu os cuidados com a insulinoterapia junto ao paciente.</p>	<p>16 - GTM reconheceu os sinais de hipoglicemia e foi capaz de discutir acerca das dosagens de insulina e alterações nesta. Portanto os Sistemas de Apoio-educação e parcialmente compensatório foram efetivos e o déficit de autocuidado diminuiu.</p>

1ª VISITA DOMICILIAR II

1. Dados De Identificação:

Nome: G.T.M.

Sexo: maculino

Idade: 65 anos

Estado Civil: casado

Religião: católica

Diagnóstico: AVC (isquêmico), DM, HAS

Endereço: Rua Nestor Passos, casa 50, portão 186 - Florianópolis (próximo ao Hospital da Polícia Militar).

2. Objetivos

2.1 - Objetivo Geral:

Avaliar a eficácia das orientações prestadas a nível hospitalar e a efetivação das práticas de autocuidado a nível domiciliar.

2.2 - Objetivos Específicos:

Observar e descrever estrutura física e condições de saneamento do domicílio.

Avaliar junto ao paciente/família as facilidades e dificuldades na implementação do autocuidado.

- Resgatar orientações quanto a insulinoterapia.
- Questionar quanto a aquisição e armazenamento da insulina.
- Solucionar possíveis dúvidas quanto insulinoterapia.
- Avaliar, segundo informações do paciente/família, se a dieta para DM e HAS vem sendo seguida.
- Reforçar informações acerca da importância da dieta adequada.
- Avaliar condições hemodinâmicas e nível glicêmico.
- Resgatar informações acerca da importância da fisioterapia motora (ativa e passiva).
- Avaliar junto ao paciente/família a possibilidade de terem surgido outros desvios de saúde que exijam uma demanda terapêutica de autocuidado.

3. Material Previsto:

- Cartaz com esquema do modo de preparo e aplicação da insulina, locais para rodízio.
- Fita adesiva.
- Glicosímetro (fita, agulha, algodão, álcool).
- Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro.

4. Atividades Previstas.

- Estabelecer diálogo com a família.
- Prestar orientações e esclarecimentos necessários.
- Colar cartaz com instruções sobre insulino terapia.
- Verificar sinais vitais e glicemia capilar.
- Agendar próxima visita.

REGISTRO DA 1ª VISITA DOMICILIAR II

S: A esposa diz estar aplicando a insulina diariamente conforme prescrição médica. Afirma ter tido dificuldades em conseguir a insulina na policlínica devido a demora e a falta de orientação específica. Repetiu como se faz todo o procedimento e diz estar guardando a insulina na geladeira, não refere nenhuma dificuldade na insulino terapia. Quanto a dieta paciente e esposa dizem estar seguindo a risca conforme cardápio proposto pela nutricionista, fazendo as refeições diárias. O paciente diz que não está, comendo nada fora da dieta a esposa confirma esta informação e completa dizendo que ferve as carnes que serão ingeridas pelo paciente, retira a 1ª água de fervura e depois as prepara para o mesmo. Continua dizendo que está fazendo uso da mesma dieta do paciente e que somente a neta come outros alimentos ou os prepara separadamente. Diz que está sentindo menos fome e sede e que está ingerindo 3 a 4 copos de água por dia. Comenta que está caminhando dentro de casa pelo pátio, onde pega sol e senta-se para olhar o movimento da rua. Refere estar movimentando o lado afetado conforme a orientação da fisioterapeuta. A esposa diz que faz “massagens”, nos membros afetados, todas as noites usando álcool mais alcachofra. Informam terem ido buscar um serviço de fisioterapia (próximo ao HIJG), lá lhes afirmaram que viriam buscar o paciente no outro dia, de ambulância, mas ninguém apareceu. Ao

ligarem para a instituição foram informados que havia um problema com o automóvel que os buscaria mas que o mesmo seria revisto e na próxima 2ª feira buscariam o paciente.

Negam ter acontecido qualquer intercorrência nestes últimos dias, bem como o surgimento de qualquer dificuldade.

O: Para chegar no domicílio da família de G.T.M., fez-se necessária a subida de mais ou menos 300 metros de morro. A rua é calçada e nas redondezas as residências são de famílias de classe média, aparentemente. O acesso da casa se dá por alguns degraus que levam até o portão. A casa é de alvenaria, pintada, bem ventilada, toda cercada por muro, com calçada aos arredores tendo jardim a frente. Chegamos na casa por volta das 14 horas, conforme combinado. Fomos recebidas pela esposa V., que logo nos convidou a entrar e sentar. O paciente estava descansando mais tão logo nos ouviu veio nos receber demonstrando grande alegria. A neta do casal S. também participou da visita. A casa estava limpa e arejada. É composta por 3 quartos, sala, cozinha, despensa e banheiro. Na parte de trás da casa tem uma lavanderia e um depósito. A moradia é provida de água encanada, vinda da CASAN, luz elétrica e esgoto com presença de fossa séptica (segundo informações de V.).

O paciente apresenta-se lúcido, orientado, contactuante. Mantém disartria leve, hemiparesia e hemiparestesia D., contudo já é capaz de falar com mais clareza e fazer alguns movimentos. Está urinando 4 a 5 vezes por dia e evacuando normalmente.

Segue rigorosamente a dieta alimentar, no entanto a ingesta hídrica está sendo controlada pela esposa e, é inferior as necessidades do paciente. Não apresenta edema ou qualquer alteração cutânea, os pés estavam limpos e sem lesões. Pulso 76bpm. Respiração 22mpm T 36,5°C, PA 120 x 80 mmHg. Glicemia Capilar 110 mg/dl.

A neta do casal S. (17 anos), participou de toda a visita fazendo perguntas e discutindo as situações que apresentavam-se. Os avós, G e V., insistiam em afirmar que S. não é competente para auxiliar no autocuidado do avô em decorrência de sua irresponsabilidade e imaturidade.

Revisamos as orientações sobre os cuidados no preparo e aplicação da insulina. Colamos cartaz educativo com a abordagem destes pontos, no quarto do paciente. Discutimos meios domiciliares para controle da glicemia. G., solicitou levantamento de preços dos materiais para controle domiciliar dos níveis glicêmicos.

Reforçamos a importância de seguir a dieta e não desistirem da fisioterapia. Ressaltamos a importância da fisioterapia passiva ou ativa, feita com ajuda dos familiares, mesmo após a fisioterapia com profissionais gabaritados.

Em conjunto com a família, avaliamos a efetivação do autocuidado e não detectamos dificuldade implementação deste.

Marcamos a próxima visita para dia 08.11, 14 h. Despedimo-nos da família, encerrando a visita, 15 horas e 10 minutos.

A: Utilização efetiva das orientações fornecidas em âmbito hospitalar, acerca dos cuidados com insulinoterapia.

- Padrões dietéticos seguidos efetivamente, conforme prescrição da nutricionista.
- Sintomas de polidipsia, polifagia, poliúria e polaciúria diminuídos.
- Movimentação ativa e passiva sendo executadas com frequência.
- Realização de fisioterapia (na Associação Catarinense de Reabilitação) ainda não está bem definida.

- Dificuldades de acesso ao domicílio, especialmente para o paciente sequelado pelo AVC.
- Boas condições de higiene e saneamento na habitação.
- Regressão discreta nos quadros de disartria, hemiparesia e hemiparestesia.
- Necessita de reforço acerca da importância da ingestão hídrica sob livre demanda.
- Sinais vitais e níveis glicêmicos aparentemente controlados.
- Participação e envolvimento da neta na realização dos cuidados de G. restringida possivelmente por falta de oportunidade cedida pelos avós.

- Necessidade de informação acerca dos custos de meios para controle dos níveis glicêmicos a domicílio.

- Demandas terapêuticas de autocuidado compatíveis com as exigências de autocuidado.

- Paciente e esposa apresentam competência para o autocuidado.

P: (para a próxima visita domiciliar)

- Investigar e questionar quanto ao surgimento de déficit de autocuidado.
- Prestar novas orientações ou reforçar orientações anteriores, se houver necessidade.

- Reforçar orientações e estimular a hidratação sob livre demanda ressaltando a importância desta.
- Fornecer informações acerca dos custos de meios para controle dos níveis glicêmicos.
- Estimular o uso da insulino terapia regularmente.
- Estimular a procura e participação do paciente e família em grupos de controle.
- Formalizar o encerramento dos contatos com a família.



Figura I - Registro Fotográfico da 1ª Visita Domiciliar II

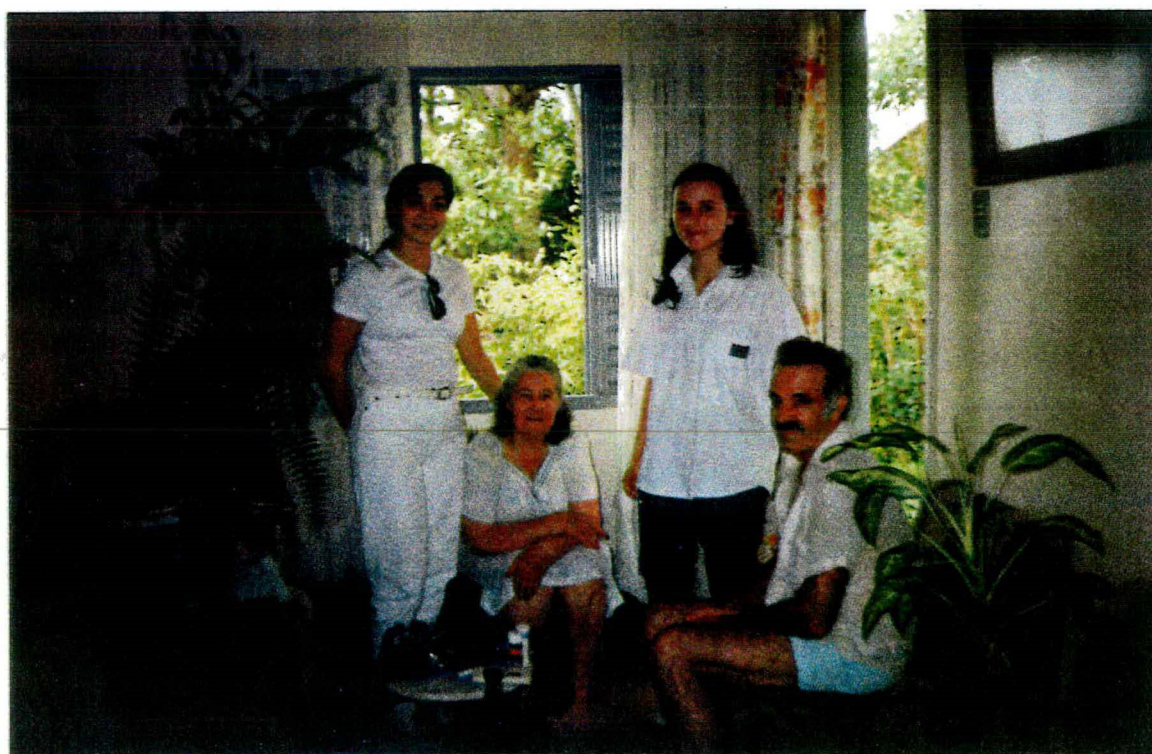


Figura II - Registro Fotográfico da 1ª Visita Domiciliar II

2ª VISITA DOMICILIAR II

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

2.2. Objetivo Geral:

Dar continuidade, junto com paciente e família, implementação do autocuidado oferecendo suporte para a adequação deste a nível domiciliar.

2.2. Objetivos Específicos:

- Aplicar o plano de atividades da 1ª visita domiciliar II.
- Buscar informações acerca da realização da fisioterapia na Associação Catarinense de Reabilitação.
- Avaliar condições hemodinâmicas e níveis glicêmicos comparando-as aos valores da 1ª visita domiciliar II.
- Estimular a procura de serviços de odontologia.
- Fazer lembrar do retorno ao médico no próximo dia 18.11, incentivando paciente e esposa a irem.

3. Material previsto:

- Lista de preços do material de controle dos níveis glicêmicos.
- Glicosímetro (fita, agulha, algodão, álcool).
- Estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro.

4) Atividades Previstas:

- Estabelecer diálogo com a família.
- Fazer os esclarecimentos necessários.
- Oferecer lista de preços.
- Verificar sinais vitais e níveis glicêmicos.

REGISTRO DA 2ª VISITA DOMICILIAR II

S: O paciente diz estar sentindo-se bem e mais animado. Durante a semana estive na Associação Catarinense de Reabilitação, diz ter feito as consultas e exames prévios e que iniciará na próxima 3ª feira (12.11.96) 2 sessões de fisioterapia e 1 de fonoaudiologia.

Paciente e esposa avaliam que os cuidados implementados a nível domiciliar estão sendo efetivos. Dizem não ter observado nenhum sinal de hiper ou hipoglicemia, durante os últimos dias.

A esposa afirma que está aplicando a insulina regularmente no horário prescrito e solicita informações acerca de uma alteração no horário, passar a aplicação das 7:30 horas para as 7:15 h. pois isso agilizaria a organização do casal para aguardarem o veículo que leva até a Associação Catarinense de Reabilitação.

G. diz que está seguindo a dieta prescrita e que já está tomando água à vontade. Refere ter ficado sem evacuar por 3 dias mas que o problema foi resolvido com o uso de chás caseiros (chá de ameixa-seca e chá de rosa-branca). Esta urinando 4 a 5 vezes por dia, urina normal.

Diz estar recebendo muitas visitas e com isso passa seu tempo mais tranquilamente.

Refere ter mantido a movimentação dos membros afetados, nos quais sente algumas melhoras.

O. Paciente lúcido, comunicativo, deambulante, embora com dificuldades, acianótico, eupnéico, bem perfundido, sem edema ou lesões em membros, movimentos ventilatórios bilaterais e simétricos, pulso cheio e rítmico. Sem queixas álgicas ou de desconfortos. Pulso 78 bpm. Respiração 24 mpm, Temperatura 36⁴C PA 120 x 80 mmHg, glicemia capilar 91 mg/d.

Orientado quanto a possibilidade da realização de insulinoaterapia 15 minutos antes da hora prescrita, esclarecendo que tal medida não prejudicaria a ação da insulina. Ressaltamos que sob hipótese alguma a insulina deve deixar de ser aplicada.

Reorientado quanto a importância da ingesta hídrica e das fibras na dieta para o bom funcionamento intestinal .

Orientado para que o paciente fizesse seu lanche das 10 horas, especialmente nos dias de fisioterapia, com intuito de evitar a hipoglicemia.

Fornecido lista com os preços dos materiais de controle da glicemia e os possíveis locais para aquisição. Informado que no serviço de atendimento ao diabético do ambulatório do Hospital Universitário, é fornecido material e orientado quanto ao uso do reagente de Benedict, sem custo algum ao paciente, através do qual pode-se controlar a glicosúria.

Ressaltado que é de grande importância e busca de grupos de controle para diabéticos, indicando os lugares onde estes podem ser encontrados. Orientamos também, acerca da importância de buscar um serviço odontológico onde se pudesse fazer uma prótese dentária ao paciente o que facilitaria a mastigação.

Lembrado e estimulado para que o paciente procure o serviço médico, conforme agenda prévia para dia 18.11.96.

Avaliando a implementação do autocuidado, constatamos, junto com paciente e esposa, que no momento todas as dúvidas estavam esclarecidas e os cuidados, sendo executados sem dificuldades.

Permanecemos no domicílio por 1 hora. Nos despedimos da família, ressaltando que esta seria nossa última visita.

A - Paciente adaptando-se de maneira favorável a sua nova condição de saúde-doença.

- Hemodinamicamente estável e com níveis glicêmicos aparentemente controlados.
- Autocuidado sendo implementado adequadamente.

P: (última visita domiciliar)



Figura III - Registro Fotográfico da 2ª Visita Domiciliar II



Figura IV - Registro Fotográfico da 2ª Visita Domiciliar II

AVALIAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES

Acreditamos que a realização destas, possibilitou a adequação dos cuidados de Enfermagem a realidade contextual do paciente e família.

Sentimos que em ambiente domiciliar o paciente e sua família participavam com maior tranquilidade das orientações, contribuindo com experiências, dúvidas e comentários.

Em ambas as visitas fomos bem recebidos pelo paciente e família que demonstraram-se satisfeitos com a nossa presença.

Para nós, foi gratificante poder constatar que as nossas orientações foram acatadas pelo paciente e família e que estavam trazendo benefícios para o paciente.

Com a realização destas confirmamos que se pode trabalhar em conjunto com o paciente e família, respeitando seus conhecimentos, crenças e valores, valendo-se deles para prestar novas informações.

A visita domiciliar mostrou-se um método eficaz de organização e acompanhamento das atividades de autocuidado.

8 - ATIVIDADES EDUCATIVAS

8.1 - Atividade Educativa 1

Objetivo Geral

Incentivar a utilização de técnicas terapêuticas alternativas por parte do paciente crônico, com intuito de minimizar inatividade insônia, dores articulares, dores lombares e desconfortos gerados pelo processo de hospitalização e pelo próprio estado de saúde / doença.

Objetivos Específicos

- Promover momentos educativos e de integração com e entre os pacientes.
- Fornecer informações e orientações que estimulem a apreensão de outros métodos terapêuticos que não o biomédico, que promovam o autocuidado.
- Estimular a participação da equipe de enfermagem a fim de que esta adquira informações acerca de técnicas terapêuticas, para que possa difundi-las e aplicá-las entre os demais membros da equipe e outros pacientes.
- Buscar, através do uso da técnica de relaxamento, o mínimo de desconforto físico e a melhora do estado emocional dos pacientes.
- Avaliar, em conjunto com os pacientes, a atividade desenvolvida.

Material

- aparelho de som

- colchões e cadeiras confortáveis

- cartões

Local

- “Sala de recreação” do 6ª andar

Clientela

Pacientes pertencentes à ala A do 6º andar (Feminina), primeira ala escolhida em virtude do espaço físico.

Atividades Previstas

- 1- Convidar as pacientes, durante a visita diária, para a técnica de relaxamento.

- 2 - Promover ambiente adequado

- 3 - Apresentar os objetivos da atividade educativa

- 4 - Estimular para que os pacientes relatem acerca do seu estado saúde / doença.

- 5 - Demonstrar e orientar a importância das técnicas de contração / descontração + respiração, aplicando-as junto aos pacientes e equipe.

- 6 - Orientar quanto ao procedimento da técnica de relaxamento propriamente dita e aplicá-la.

- 7 - Avaliação mais busca de temas para próxima atividade educativa.

Descrição da Atividade

Após o preparo adequado do ambiente recebemos as pacientes que participaram da atividade. Num total, permaneceram no ambiente 8 participantes.

Inciamos a atividade estimulando para para que as participantes falassem sobre a sua situação de vida naquele momento, quais eram os seus sentimentos, angustias,

expectativas, preocupações, enfim, deixamos um tempo livre para que pudessem fazer as colocações que desejassem acerca do seu estado de saúde-doença.

A partir disso, explicamos qual era a nossa proposta e o que gostaríamos de realizar. Alertamos para a importância da técnica de relaxamento e os benefícios que esta proporciona.

Continuamos com a orientação de duas técnicas básicas para o relaxamento: a técnica da contração/ descontração e a técnica da respiração. Tendo recebido a orientação, as pacientes passaram a realizar as técnicas.

Concluído este primeiro momento, passamos para a segunda parte da atividade.

Solicitando que as participantes se acomodassem da maneira mais confortável possível. Ao som de música ambiente pedimos que as pacientes fechassem os olhos, procurassem ficar bem tranquilas e respirassem profundamente conforme orientação anterior.

Então, passamos a leitura de texto selecionado para este fim. Alguns minutos após esta, abrimos espaço para avaliação da atividade e sugestões. Em média, o tempo de duração desta atividade foi de 43 minutos.

Ao final, distribuimos algumas mensagens as participantes, conforme citadas abaixo.

“A vida é uma jornada sem ocaso, quando pensamos ter chegado o fim, aí ela recomeça com todo vigor”.

“A Saúde é um dom que nem a doença pode destruir, quando temos fé em Deus, dentro de nós”.

“Em nós há um tesouro infinito, de sentimentos, esperança e caridade. Não deixe que a enfermidade o esconda de você”.

“Ser feliz é uma questão de inteligência, de fé num mundo melhor que este. Faça da enfermidade uma esclada para a felicidade”.

Resultados

As oito pacientes avaliaram positivamente a atividade referindo a necessidade de maior frequência na realização destas.

A grande maioria das participantes conseguiu realizar a técnica efetivamente. Uma ou duas pacientes não conseguiram a mesma efetividade na realização da técnica, contudo, demonstraram interesse sobre este tipo de atividade.

Algumas participantes relataram que, após a realização da técnica de relaxamento, sentiram-se “mais leves”, descansadas e “até com vontade de dormir”.



Figura V- Registro Fotográfico da Atividade Educativa I

Análise

Acreditamos ter alcançado os nossos objetivos em relação a atividade. Percebemos que as participantes conseguiram compreender a atividade proposta e empenharam-se para

a realização da mesma. Portanto, pensamos que a proposta tenha sido bem aceita entre o grupo.

Entendemos que os resultados entre o grupo foram satisfatórios. No entanto, costatamos que torna-se difícil a realização contínua deste tipo de atividade visto que a unidade não dispõe de local e dos recursos necessários.

Contudo, cremos que fazendo-se bom uso deste tipo de atividade, elas contribuem na terapêutica do paciente.

8.2 - Atividade Educativa 2

Objetivo Geral

Orientar e esclarecer a importância da participação efetiva da equipe de enfermagem na promoção da autocuidado à pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

Objetivos Específicos

- Fornecer noções básicas acerca da etiologia e fisiologia do Diabetes Mellitus.
- Discutir acerca dos sinais e sintomas de hiper e hipoglicemia e a conduta frente a estas situações.
- Orientar e demonstrar a técnica de preparo e administração para insulino terapia.
- Informar quanto aos cuidados com os materiais necessários para administração de insulina, ressaltando-se os cuidados com esta.
- Esclarecer como a equipe de enfermagem deve orientar os pacientes portadores de Diabetes Mellitus quanto ao uso da Insulinoterapia.

Material

- retroprojektor
- transparências
- cartaz

- fita adesiva
- frascos de insulina R e NPH
- agulhas 25x7 e 13x4,5
- seringas 1 ml
- algodão embebido em álcool 70%

Local

- “Sala de recreação” do 6º andar

Clientela

- Funcionários pertencentes a equipe de enfermagem do 6º andar, período matutino

Atividades Previstas

- 1 - Convidar os funcionários após a passagem de plantão, comunicando-lhes tema, horário e local da atividade.
- 2 - Preparar local destinado à execução da atividade.
- 3 - Apresentar os objetivos à clientela
- 4 - Fazer orientações, utilizando os recursos previstos
- 5 - Favorecer ao final, a discussão acerca do tema ministrado.

Descrição da Atividade

Estando devidamente organizados o local, recursos e materiais, a serem utilizados nesta atividade, recebemos os membros da equipe de Enfermagem, que estavam escalados para o plantão matutino deste dia, e iniciamos a atividade.

Os pontos iniciais a serem apresentados, foram a justificativa para a realização da atividade e os objetivos propostos.

Logo após, iniciamos com a exploração sobre Diabetes Mellitus (definição, tipos) e partimos para a exploração dos sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia bem como os devidos cuidados e tratamento indicados para estas situações.

Prosseguimos com a explanação, discutindo sobre insulina (definição, locais de produção, importância). Em seguida, passamos para parte prática, insulinoterapia, onde abordamos com os funcionários toda a técnica de preparo e administração da insulina.

Em última instância, incentivamos a participação dos funcionários na implementação do autocuidado, reafirmando a importância de se instrumentalizar o paciente para o autocuidado, desde o momento da internação. Assim, os funcionários passariam a preparar as insulinoterapias no quarto do próprio paciente.

Tendo feito todas as orientações previstas, abrimos espaço da discussão e avaliação da atividade.

Para execução desta atividade, utilizamos um tempo médio de 1 hora.

Resultados

Participaram desta atividade 9 funcionários, membros de Equipe de Enfermagem. Estes fizeram uma avaliação positiva da atividade. Afirmaram que desta forma, tem a oportunidade de atualizar e rever conteúdos e procedimentos, sem ter que sair da unidade ou voltar ao Hospital em horário diferente do expediente.

Durante toda a exploração, os participantes foram fazendo perguntas e discussões acerca do assunto, além de trazerem contribuições de acordo com as suas experiências.



Figura V - Registro Fotográfico da Atividade Educativa II



Figura VI - Registro Fotográfico da Atividade Educativa II

Análise

Entendemos que os resultados obtidos nesta atividade foram supriententes. O tema proposto oportunizou uma série de questionamentos e discussões por parte dos presentes.

A revisão da técnica de preparo e administração da insulínaterapia, possibilitou mudanças nas condutas adotadas por alguns funcionários.

O fato mais interessante que observamos, foi a discussão posterior, entre os membros da equipe. Utilizando o cartaz da técnica de preparo e administração da insulina, fixado por nós na Unidade, os funcionários comparavam a sua prática com o descrito no cartaz e tentavam entre eles, ou com a nossa ajuda, promover a revisão da técnica por toda a equipe.

Avaliamos que, por meio desta atividade conseguimos padronizar corretamente o uso da insulínoterapia e “encorajar” os funcionários a orientar pacientes e familiares na promoção do autocuidado.

8.3 - Atividade Educativa 3

Objetivo Geral

- Avaliar, em conjunto com pacientes e funcionários da equipe de enfermagem do 6º andar, a assistência prestada.

Objetivos Específicos

- Levantar pontos positivos e pontos negativos acerca do funcionamento da Unidade de Clínica Médica

- Priorizar, mediante as colocações dos participantes, os problemas mais significativos

- Identificar as ameaças e opotunidades que a Instituição e/ou Sistema Social apresentam a unidade.

- Discutir as possíveis soluções para os problemas identificados

- Encaminhar a coordenação da unidade os resultados obtidos com a intenção de oportunizar a implementação das propostas.

Materiais

- Papel pardo
- Cartões de 4 cores
- Canetas hidrocor
- Fita adesiva

Local

- “Sala de recreação” 6º andar

Clientela

Pacientes e funcionários a Clínica Médica (6º andar)

Atividades Previstas

- Convidar funcionários após a Passagem de Plantão e os pacientes durante a Visita

Diária

- Preparar local previsto
- Apresentar os objetivos da atividade e esclarecer sua dinâmica
- Avaliação da atividade

Descrição da Atividade

Para a execução desta atividade, reunimos todo o material necessário e adequamos a organização do espaço físico.

Iniciamos a atividade, orientando os presentes acerca do proposto, da dinâmica de funcionamento, além de esclarecer que utilizaríamos os resultados desta para discussão com as supervisoras de estágio e complemento do nosso relatório de atividades em campo.

Assim, distribuímos, entre os participante, tarjetas de papel colorido e canetas que seriam utilizadas para organização do cartaz. Desta forma, utilizamos as tarjetas verdes

para escrever os pontos fortes, as amarelas pontos fracos, nas azuis escrevemos as oportunidades e nas vermelhas as ameaças.

A partir da explicação acerca dos tópicos que abrangem os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças, os participantes começaram a colocar nas tarjetas a sua opinião sobre cada item. Durante este mesmo período foram propiciadas várias discussões e reflexões sobre a assistência de Enfermagem, o funcionamento geral da unidade, além de fatores externos que repercutem diretamente na Unidade.

Cada tarjeta escrita pelos participantes ou pelas acadêmicas, a pedido dos mesmos, era fixada em um cartaz, de acordo com a dinâmica estabelecida.

Ao final, abrimos para discussão dos resultados, busca de sugestões e soluções e avaliação da atividade.

Resultados

Participaram desta atividade 4 funcionários, 5 pacientes e 4 familiares acompanhantes.

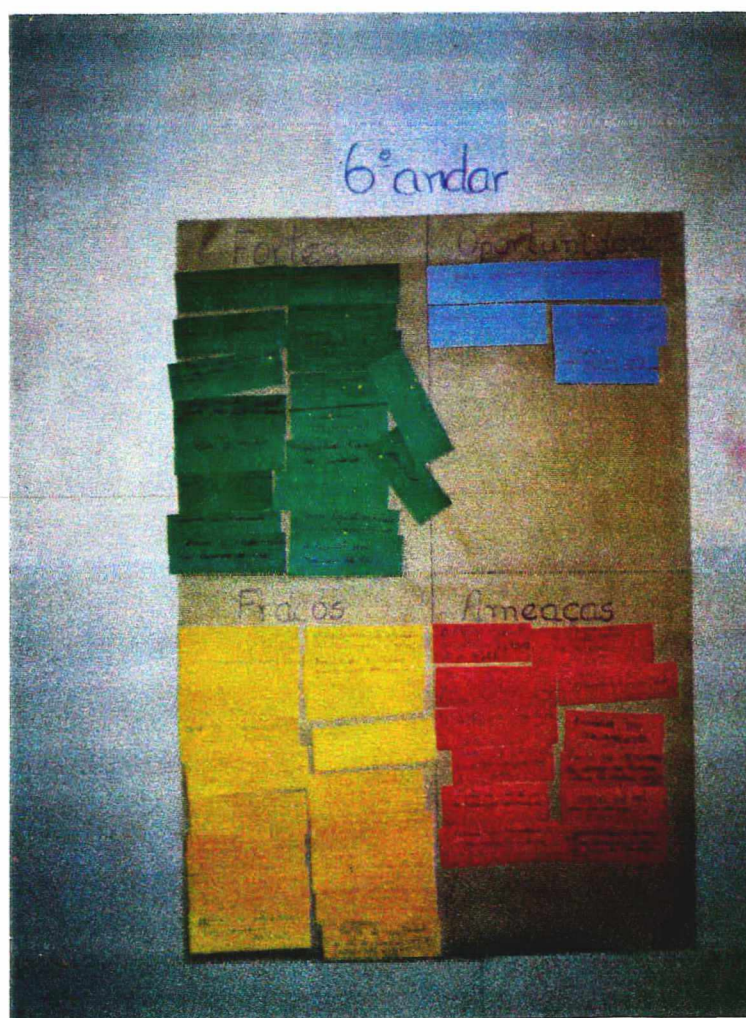
Um dos resultados mais significativos desta atividade, foi a participação de 3 grupos de pessoas, que experenciam situações diferentes, em um mesmo espaço físico, e tiveram, cada qual dentro da sua experiência, a oportunidade de repassar as suas percepções.

Outro resultado positivo, foi a produção do quadro de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. A apresentação dos pontos levantados pelo grupo está esquematizada no quadro abaixo.

ATIVIDADE EDUCATIVA 3	
FORTES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • dedicação da maioria dos funcionários • presença do acompanhante • atendimento médico bom • boa comida • interesse da nutricionista • bom atendimento da equipe de enfermagem • cuidados integrais • companheirismo da Enfermeiras e dos funcionários • supervisão direta na unidade • amizade geral • boa receptividade dos funcionários • união da equipe de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • hora plantão • cartão ponto • atendimento pelo SUS • presença de alunos • oportunidades para formação.
FRACOS	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> • demora para definir tratamento • falta de medicamento • falta de organização no posto de enfermagem e limpeza • limpeza ruim nos quartos e banheiros • precariedade do atendimento do Serviço Social • poucos funcionários • falta de critérios para atendimento de urgências por parte do médico de plantão • presença de acompanhante sem necessidade • diferença de atendimento entre plantões • funcionários trabalhando 36 h seguidas • falta de oportunidade para que paciente veja seu prontuário. 	<ul style="list-style-type: none"> • repasse insuficiente de verbas • salários baixos • falta de critérios na distribuição dos leitos (paciente grave com paciente lúcido) • falta de funcionário • ausência de leitos para isolamento • IPESC que não está atendendo • achatamento salarial, tendo como consequência pedidos de demissão frequentes - muita rotatividade de funcionários • alunos que atrapalham o andamento da unidade • divergências entre os membros da equipe de Enfermagem • medicações preparadas 2 horas antes de serem administradas • falta de atenção dos funcionários durante a passagem de plantão • passagem de plantão não fornece informações suficientes • erro nas medicações



Figura VIII IX - Registro Fotográfico da Atividade Educativa III



Análise da Atividade

Entendemos que a participação dos funcionários, pacientes e familiares acompanhantes, em uma atividade deste gênero é de grande relevância, pois assim conseguimos obter informações acerca de um mesmo assunto sob precepções variadas.

Além disso, este levantamento facilitou e enriqueceu as nossas discussão com as supervisoras, a respeito da situação atual da unidade, bem como trouxe sugestões de mudanças para a mesma.

9. ATIVIDADE NÃO PREVISTA QUE SURTIU NO DECORRER DO ESTÁGIO

9.1 - Curso “Atualização na Prevenção e Cuidados nas Lesões de Pele”.

Tomamos conhecimento deste evento através da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), que enviou-nos um folder com a programação do curso.

Este, deu-se no dia dezenove de setembro de 1996, das oito e trinta às dezessete e trinta horas, no auditório do Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina.

A ministrante foi enfermeira VÂNIA DECLAIR, pós-graduada no HASDASSAH MEDICAL CENTER - Jerusalém - Israel, funcionária efetiva do Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos em São Paulo.

O temário discutido durante o evento foi o seguinte:

- Ácidos graxos essenciais (AGE)
- Anatomia e fisiologia da pele
- AGE e a pele
- Mecanismo das lesões celulares
- Intervenção na prevenção das lesões
- Classificação das feridas
- Fisiologia de ação dos AGE na cicatrização

- Intervenções no Processo de Cicatrização
- Atualização na prevenção e cuidados nas lesões pele.

No decorrer do período de curso aconteceram também três momentos de sessão poster. Nestes foram colocados fotos com lesões e o padrão evolutivo das mesmas, formas e tipos de coberturas, avaliação da aplicabilidade destas coberturas entre outros.

Avaliação do Evento:

Acreditamos que este tenha sido um momento de discussão de grande relacionamento pois, ao tratarmos de pacientes crônicos, acabamos encontrando inúmeros problemas, especialmente, naqueles portadores de distúrbios neurológicos (ex: devido a sequelas que levam a imobilidade) e endócrinos (ex: por complicações do diabetes).

A primeira parte do curso voltou-se mais para revisão e atualização de conhecimentos essenciais sobre a fisiologia e anatomia do sistema tegumentar. Avaliamos que ao revermos estes conteúdos ficou mais fácil a compreensão acerca da prevenção e cuidados com a pele.

A segunda, de prevenção e cuidados com a pele, trouxe subsídios que instrumentalizaram a nossa prática no cuidado do paciente crônico, enquanto período de estágio. Com base nos dados reunidos no evento, conseguimos atuar com maior empenho e eficácia especialmente no uso dos produtos indicados e das coberturas para o tratamento das úlceras de pressão, haja visto que obtivemos resultados satisfatórios.

Concluimos que eventos deste porte contribuem com a prática pois resgatam informações básicas, favorecem atualização de novas condutas, possibilitando aos profissionais a revisão de práticas anteriores.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para desenvolvermos o nosso trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem, optamos em trabalhar com pacientes crônicos, hospitalizados. Contudo, não imaginávamos que tantos fatores contribuíam no processo de cronicidade. Nos deparamos com as mais variadas situações, onde na maioria delas o fator biológico, com o qual tanto nos preocupávamos, não era o mais importante. Viver um processo de cronicidade com as suas restrições e limitações implica em renúncia e aceitação. Neste processo as mais simples demonstrações de afetividade e empatia por parte de familiares, amigos e da própria equipe de saúde, eram vistas como um incentivo pelo paciente.

Deste modo, constatamos que associar a proposta Pedagógica de PAULO FREIRE a Teoria de Enfermagem de OREM, em muito contribuiu para que pudéssemos entender e colocar em prática, a valorização dos princípios, crenças, conhecimentos e experiências de vida, prévios de cada indivíduo.

A Teoria do Autocuidado, idealizada por OREM, associada ao Método Pedagógico de PAULO FREIRE, atendeu aos nossos objetivos no que referia-se a proposta de conscientização do crônico acerca da importância para o autocuidado, pois a implementação desta teoria nos permitiu trabalhar com o paciente e família, na determinação dos desvios de saúde e déficits de autocuidado, muitas vezes possibilitando a transformação destes em potencialidades para o autocuidado.

Podemos afirmar que a utilização prática da teoria do OREM é de difícil operacionalização, visto que é extensa, laboriosa e não contempla todas as expectativas previstas. Observamos que a organização do processo foi uma das etapas mais trabalhosas.

Não estando habituadas a utilizar esta teoria sentimos que muitas vezes não conseguíamos encaixar as experiências por nós vivenciadas na descrição das etapas do processo, necessitando de constantes ajustes para a organização final destes.

Entendemos ainda que o fato do campo de estágio não estar integrado, até então, a Teoria do Autocuidado de OREM e tão pouco a proposta Pedagógica de PAULO FREIRE, serviu de reforço as nossas limitações, pois cada membro da equipe nos trazia informações sobre o paciente conforme a sua percepção. Percepção esta que necessitávamos adequar a linguagem apregoada por OREM e FREIRE, o que fazia com que acumulássemos mais trabalho.

Se ultrapassar as barreiras do uso de uma teoria que não era de nosso domínio até outrora, implicou na integração com as propostas destes autores e na adequação de registros ao linguajar por nós utilizado; o trabalho com o crônico, implicou em empenho nos estudos, aprimoramento técnico-científico constantes e envolvimento de nossa parte com a realidade na qual estávamos trabalhando.



Em vários momentos nos questionamos acerca de como seria possível receber um paciente crônico, com todas as suas peculiaridades e necessidades, em meio a um ambiente com tantas deficiências estruturais, administrativas, assistências e humanas.

Em vista disso, podemos perceber o quão foi significativo para nosso melhor desempenho trabalharmos juntas. Sentimos que em momentos “crônicos” de nossa atuação em campo de estágio, ressaltando-se as nossas diferenças, o companheirismos, a compreensão, a amizade, o apoio e o incentivo que proporcionamos uma a outra, foram essenciais para a efetivação deste.

A partir da experiência por nós vivenciada no cumprimento da última etapa do curso de Graduação em Enfermagem, gostaríamos de deixar como sugestão aos coordenadores desta fase, a realização prévia de discussões e orientações acerca das teorias de enfermagem, ressaltando as vantagens e desvantagens facilidades e dificuldades da adequação e implementação destas às diversas áreas de atuação, a fim de proporcionar aos próximos acadêmicos o discernimento necessário para escolherem a teoria que melhor venha a adaptar-se a sua prática.

Sugerimos ainda, que os próximos grupos de estágio que por ventura trabalharem com uma mesma teorista façam estudos coletivos a fim de trocarem informações e garantirem seu bom desempenho.

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, Ilca keller. Buscando caminhos para viver saudável : Uma proposta Educativa de Enfermagem voltada às mulheres primogenitoras, em seus enfrentamentos cotidianos. Florianópolis : UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- BARCIFICONTAINE, Chistian de Paul, PESSINI, Leocir, ROVER, Ademar. Bioética e Saúde. São Paulo : CEDAS, 1987.
- BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 7 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A., 1994.
- CALDAS. N. P. Análise administrativa em enfermagem - estudo na área de O. & M. Rev. Bras. de Enf. Brasília, v. 37, n. 2, p. 147 - 153, abr./mai/jun. 1984.
- CHIRINOS, Narda Estela Calsin. Modelo Conceitual e Operacional de Educação para o Autocuidado de Indivíduos Colstomizados. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1988. Dissertação (mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CÓDIGO de ética dos profissionais de enfermagem, aprovado por resolução COFEN -160 e distribuído pelo Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina.
- CONHECIMENTO Antecedente de Enfermagem - Exigência de Autocuidado e Autocuidado Terapêutico (mimeo).
- DANIEL, Liliana Felcher, Enfermagem Planejada. 3 ed. São Paulo : EPU, 1981.
- ENFERMAGEM Conceitos de Prática. Dorothea E. Orem. 1980. (mimeo) 
- FERREIRA, Beatriz Almeida, SILVA, Maria Cláudia Moreira da, HOGA, Lúcia Akito Komura, LAGANÁ, Maria teresa Cícero. Um Enfoque de Autocuidado no Exame Físico de Enfermagem. São Paulo. (mimeo).
- FEURSHUETTE, Karim K., DARELLA, Niete Bolan, BORBA, Rosangela Aparecida, ARRUDA, Wanda Eunice S.. Manual de normas administrativas do serviço de enfermagem do Hospital Governador Celso Ramos, 1988 (mineo).
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido . 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 

- GEORGE, Julia B. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993. ✓
- GONÇALVES, Lúcia H. Takase, ALVAREZ, Angela Maria, MARINO, Selma R. Andrade. Diretrizes de Saúde para a População Idosa - Sugestões para Discussão. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. (mimeo).
- GONZAGA, Flávia Regina S. Ramos. Processo Educativo em Saúde como Prática Assistencial : Relato de Experiência. Rev. Texto & Contexto - Enfermagem. Florianópolis, v. 1. n. 1, p. 116, jan/jun., 1992.
- GUIMARÃES, Alba Lúcia Agra. Implementação do macro conceitual de Dorothea Orem na assistência a indivíduos em diálise peritoneal ambulatorial contínua. Florianópolis : UFSC, 1989. 301 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. Tradução de MUSSNICH, Eliane. Porto Alegre : EPU, 1994. Traduzido do Inglês : Culture, Health e Illness.
- HOOD, Gail Harkness, DINCHER Judith R. Et al. Fundamentos e Prática da Enfermagem - Atendimento Completo ao Paciente. 8 ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- LAGANÁ, Maria Teresa Cícero, FERREIRA, Besatriz Almeida, SILVA, Maria Cláudia Moreira da, HOGA, Luiza Akiko Komura. Um enfoque de autocuidado no exame físico de enfermagem. (mimeo).
- MACHADO, Heloisa Beatriz. Enfretando a Condição Crônica de saúde Após um Acidente Vascular cerebral - um Estudo de Caso. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermeagem) Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- Mc. QUISTON, Metzger Chris, WEBB, Adele A. Foundations of nursing treory. California: SAGE Publications, 1995.
- MENDES, Dulce de Castro. Assistência de Enfermagem & Administração de Serviços de Enfermagem : a Ambiguidade Funcional do Enfermeiro. Rev. Bras. de Enf. Brasília, v. 38, n. 314, p. 257 - 265, jul/ dez. 1992.
- MURRAY, Adward J. Motivação e Emoção. Traduação de CABRAL, Alvaro. Ed. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1973. Traduzido do Inglês : Motivation and Emotion.
- NEVES, Eloita Pereira. Reflexões Acerca dos Conceitos Autocuidado e Competência / Poder para o Autocuidado. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina. (mimeo).
- NORONHA, Rachel. Experiência Participativa Mobilizadora de Enfermagem - Condições Prévias para o Autocuidado. Rev. Bras. de Enf. Brasília, v. 1, n. 39, p. 34 - 43, jan/mar., 1986.
- ORLANDO, Ida Jean. O Relacionamento Dinâmico Enfermeiro Paciente. Tradução de SOUZA, Alina Maria de Almeida. São Paulo : EPU, 1978. Traduzido do Inglês : The Dynamic nurse - Patient relationship.

PADILHA, Itayra Maria, LUCE, Margareta, ALMEIDA, Regina Lúcia Valiatti, SILVA, Mariangélica Oliveira. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. (mimeo).

PAIM, Rosalda C. N. Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro: União dos Cursos Cariocas, 1978.

SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria de autocuidado de Orem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de pós - graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Prática Assistencial de Enfermagem para Idosos Crônicos Fundamentada no Marco Conceitual de King. Florianópolis : UFSC, 1990. 132 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

SILVA, Cynara Muller, GAMA, Jaqueline Bernadete, NUNES, Julia Cristina, HERTEL, Márcia Juliane Patrícia. Assistindo o Paciente Hanseniano na Prevenção de Incapacidades Físicas Simples. Florianópolis : UFSC, 1996. 186 p. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Teorias de enfermagem. Set., 1994. (mimeo)

TRAVELBEE, Joyce. Intervencion En Enfermeria Psiquatria, 1 ed Carvajal S.A., OPAS/OMS, 1979.

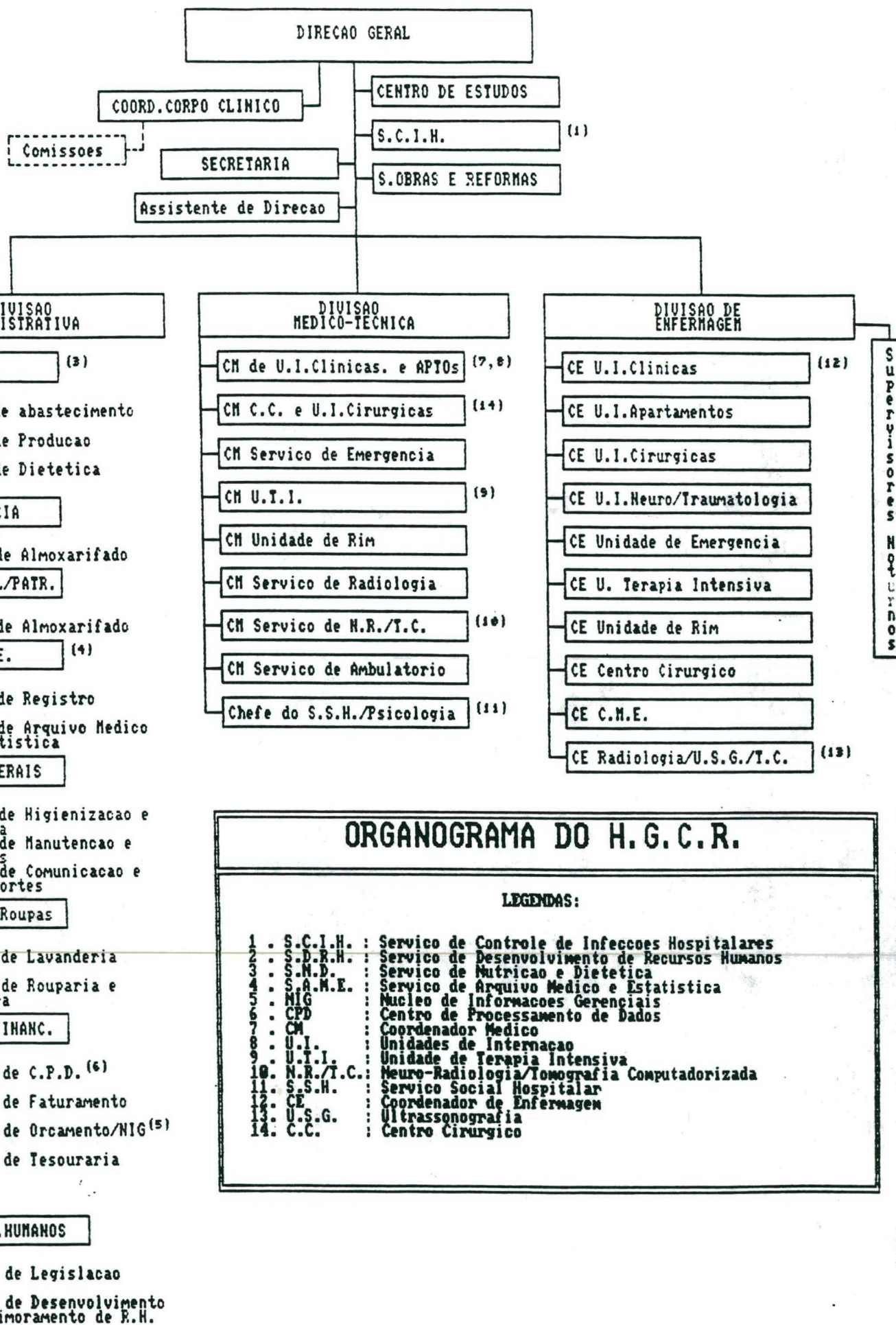
TRENTINI, Mercedes, DIAS, Lygia P. Muller. Meu Primeiro Projeto Assistencial. Florianópolis : Ed. UFSC, 1994.

TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise G. Vieira da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável Rev. Texto e Contexto, Florianópolis, v.1, n 2, p. 76 - 88, jul/dec 1992.

WOSNY, Antônio, BOHES, Astrid, VERDI, Marta, SAUPE, Rosita. Projeto de extensão e pesquisa em educação popular e saúde. Fev., 1995. (mimeo).

ANEXOS

ANEXO I



ANEXO II

2L
2L

2L
2L

2L
2L

2L

ALA A

2L
2L

2L
2L

BRONCOSCOPIA

S. DE
DESCANSO

COPA

S. DE
MEDICAM.

POSTO DE
ENFERMAGEM

S. DE
CURATIVO

ELEV. S

ALA B

ELEV. S

ROUPARIA

S. DE
SORO

S. DE
UTILIDADE

ESCALA

WC
FUNC.

2L
2L

2L
2L

4L

S. DE ESTAR

2L
2L

2L
2L

4L

PLANTA
FÍSICA

ANEXO III

INSTRUMENTO

PRIMEIRA PARTE

•Dados Pessoais

Nome:.....D.N:.....

Sexo: F () M () Estado Civil:.....Religião:.....

Profissão:.....Ocupação Atual:.....

Escolaridade:.....Procedência:.....

Endereço:.....

Diagnóstico Médico:.....D.I:.....

Antecedentes Familiares:

SEGUNDA PARTE

•Exigências Universais de autocuidado

1- Manter suficiente aeração:

1.1 - Como você caracteriza o ar na região onde você mora?

.....
.....

1.2 - Você tem ?

() tosse () espectorção. Qual é sua característica?

.....

1.3 - Você sofre falta de ar (dispnéia)?

() Sim - Quando? . () em repouso

() aos esforços

() à noite

() muda de clima

() Não

1.4 - Você resolve este problema com?

() remédios () nebulização () oxigênio () indo ao hospital

1.5 - Costuma apresentar alterações de coloração (cianose) e/ou temperatura nas extremidades?

- () Sim () às vezes
 () sempre
() Não

1.6 - Movimentos respiratórios: () simétricos () assimétricos

1.7 - Expansibilidade torácica: () bilateral () unilateral

1.8 - É fumante?

- () Sim A quanto tempo?..... Quantidade/dia.....
() Não

1.9 - O que você sabe a respeito da importância de se respirar bem?

.....
.....

2 - Manter suficiente ingestão hídrica:

2.1 - Você toma que quantidade diária de líquidos?

- () 1 ou 2 copos
() + ou - um litro
() + de um litro

2.2 - Que tipo de líquido você costuma tomar?

() chás () sucos () leite () água () refrigerante () bebida alcólica

2.3 - Você tem alguma restrição hídrica indicada pelo médico?

- () Sim - Qual?
() Não

2.4 - Características da pele e mucosas;

() Hidratada () ressecada () descamativa

2.5 - O que você sabe a respeito da necessidade de ingestão hídrica?

.....
.....

3 - Manter suficiente alimentação:

3.1 - Você tem bom apetite?

- () Sim () Não () Às vezes

3.2 - Você tem alguma restrição alimentar recomendada pelo médico?

() Sim - Qual?.....

- Segue rigorosamente a recomendação? () Sim () Não () Às vezes

- Qual a dificuldade em segui-la?.....

.....
() Não

3.3 - Você tem alguma alergia alimentar ?

() Sim - A qual alimento?.....

() Não

3.4 - Quais são os alimentos de sua preferência?

() Doces:.....

() Salgados:.....

3.5 - Quantas refeições faz por dia?.....

3.6 - Você tem alguma dificuldade de?

() Mastigação () Deglutição

3.7 - Você é capaz de definir nos alimentos :

() Cor () Odor () Consistência () Sabor

3.8 - Ao fazer as refeições você:

() recebe a comida na boca

() é auxiliado para comer

() come sozinho

3.9 - O que você sabe acerca da necessidade de alimentação?

.....
.....
4 - Cuidados associados com alimentação e excreção:

4.1 - Com que frequência você evacua?

() + de uma vez por dia

() 1 vez por semana

() 1 vez por dia

() 15 em 15 dias

() 2 em 2 dias

() outros - Quais?.....

4.2 - Você tem diarreia frequente?

() Sim () Não

4.3 - Você tem constipação frequente?

() Sim () Não

4.4 - Você tem algum problema anal?

() Sim - Qual?.....

() Não

4.5 - Você urina regularmente durante o período de um dia (24 horas)?

() Sim - Qual o volume de cada micção? ()P ()M ()G

- Qual a cor? () amarelo claro () amarelo forte

() alaranjado () semelhante a coca-cola

() Não - Apresenta retenção urinária? () Sim () Não

- Apresenta perdas frequentes? () Sim () Não

4.6 - Você costuma ir ao banheiro durante à noite?

() Sim () Não

4.7 - O que você sabe sobre a importância da alimentação e da hidratação no que se refere a manutenção das eliminações?

.....

.....

4.8 - Você apresenta problemas genitais?

() Sim - () dermatites () sangramentos

() assaduras () prolapsos

() edema () doenças venéreas

() escaras () outros Quais?.....

4.9 - Como você costuma realizar seus cuidados corporais?

() escovando os dentes após as refeições

() tomando banho diário

() lavando os cabelos 2 a 3 vezes por semana

() outros - Quais?.....

5 - Equilíbrio entre atividade e descanso:

5.1 - Como você costuma passar o tempo ?

() lendo (livros, jornais, revistas...)

() assistindo TV

() praticando esporte - Qual?
- Com que frequência?.....

() ouvindo música

() conversando com amigos

() participando de grupos - Quais?.....
- Com que frequência?.....

() fazendo trabalhos manuais - Quais?.....

() outros - Cite:.....

5.2 - Qual é a sua média diária de sono?.....

5.3 - Você sofre de insônia?

() Sim () Não

5.4 - Você faz repouso diurno?

() Sim - Nº de horas em média:.....

() Não

5.5 - Você sentiu mudanças nos seus hábitos de vida após sua doença?

() Sim - Quais?.....

() Não

6- Equilíbrio entre estar só e interação social:

6.1 Você recebe visitas de:

() Familiares () Amigos () Vizinhos () outros

6.2 - Sente falta de alguém em especial?

() Sim - Quem?.....

() Não

6.3 - Esta é a sua :

() 1º interação () 2º interação () 3º interação () 4º ou mais.....

6.4 - Costuma conversar com outros pacientes para passar o tempo?

() Sim () Não

7 - Funcionamento e desenvolvimento normal:

7.1 - As condições de higiene do paciente são:

() boas () regulares () péssimas

7.2 - A higiene bucal do paciente é:

☐ boa ☐ regular ☐ péssima

7.3 - O paciente faz uso de próteses dentária?

☐ Sim - Está ajustada? ☐ Sim ☐ Não

☐ Não

7.4 - Para realizar seus cuidados de higiene, o paciente:

☐ faz sem auxílio ☐ faz com auxílio ☐ fazem por ele

7.5 - Sinais Vitais / Condições físicas:

P.....bpm R.....mpm T.....C PA.....x.....mmHg

Peso:.....Kg Altura.....m - 06 -

7.6 - Paciente apresenta mucosas:

☐ coradas ☐ descoradas ☐ úmidas ☐ ressecadas

7.7 - Rede venosa periférica com:

☐ boa visibilidade ☐ má visibilidade ☐ fragilidade

☐ boa perfusão ☐ má perfusão

7.8 - O paciente apresenta:

☐ dor ☐ MMSS

☐ MMII

☐ dormência ☐ MMSS

☐ MMII

☐ câimbras ☐ MMSS

☐ MMII

☐ edemas ☐ MMSS

☐ MMII

☐ cianose ☐ MMSS

☐ MMII

☐ hematomas ☐ MMSS

☐ MMII

7.9 - Quanto a locomoção:

☐ não consegue locomover-se

☐ precisa de cadeiras de rodas

☐ precisa de andadores

☐ usa muletas, bengalas

☐ caminha sozinho

7.10 - Costuma desenvolver atividades desejadas ou requeridas?

() Sim

() Não - O que dificulta?

() dor

() rigidez

() tremor

() paraplegia

() parestesia

() alterações decorrentes da doença (dispnéia... 0

() deformidades (amputações, atrofia...)

7.11 - Costuma ir ao médico:

() de 15 em 15 dias ou menos

() 1 vez ao mês

() 1 vez a cada três meses

() 1 vez por semestre

() 1 vez por ano

() em momentos de crise

8 - Risco de vida e ao bem estar:

8.1 - Quais situações , na sua opinião, podem trazer ou aumentar os danos a sua saúde?.....

.....

8.2 - Você tem problemas de visão:

() Sim - Quais?.....

() Não

8.3 - Faz uso de :

() óculos

() lentes

() outros - Quais?.....

- Quando foi a sua última revisão?.....

- Estão ajustados? () Sim () Não

8.4 - Você tem problemas de audição?

() Sim () Não

8.5 - Faz uso de aparelho auditivo?

() Sim - Está ajustado? () Sim () Não

() Não

8.6 - Em domicílio você fazia tratamento?

() Sim - Quais? ()dieta ()medicação ()atividade/repouso

() Não

8.7- Quanto aos medicamentos, como faz para adquiri-los?

()compra ()ganha nos C.S. ()outros - Quais?.....

TERCEIRA PARTE

•Exigências de autocuidado e Desenvolvimento

1 - Aceitação e compreensão da doença:

1.1- Para você , o que é ser doente?

.....
.....

1.2 - O que você sabe sobre sua doença?

.....
.....

1.3 - O que você gostaria de saber , que ainda não sabe, sobre sua doença, tratamento e/ou cuidados?

.....
.....

1.4 - O paciente possui habilidades para:

() vestimenta

() alimentação

() toliete

() cuidados corporais

2 - Fases de adaptação:

2.1 - Quando iniciou a sua doença?.....

2.2 - O que você sentiu quando soube que estava doente?

.....

2.3 - Como você está sentindo-se hoje?

.....

2.4 - Você precisou adaptar ou adquirir algo em prol de sua condição de saúde? () Sim

- O que?.....

() Não

QUARTA PARTE

• Exigências de autocuidado nos desvios de saúde

1- O que você costuma fazer para prevenir complicações?.....

.....

2 - Nos momentos que inicia uma “ crise” , o que você faz?

() procura um médico

() altera a medicação

() toma preparados caseiros

() outros

3 - Você já recebeu orientações acerca de sua doença?

() Sim - Quais?

() Não

4 - O paciente tem o seguinte plano terapêutico (cpm):

.....

.....

ANEXO IV

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
SORIANOÓPOLIS, 11 DE MAIO DE 1992.

R O T I N A

CUIDADOS DIÁRIOS COM PACIENTES CATETERIZADO

1. Lavar as mãos com solução de álcool glicerinado 2% antes e após manuseio do cateter ou do sistema coletor;
2. Efetuar limpeza externa com solução detergente anti-séptico na região perirretal, perineal e na parte proximal do cateter, após evacuações e quando estiver sujo (secreção);
3. Não abrir o sistema exceto no caso de obstrução do cateter;
4. Manter a bolsa coletora afastada do chão e nunca elevá-la acima da bexiga, evitando a contaminação da torneira de descarga e o refluxo de urina;
5. Esvaziar a bolsa de drenagem a cada 08:00 horas; em caso de contaminação acidental pós-abertura o mau funcionamento do sistema coletor ou do cateter, ambos devem ser trocados;
6. As amostras de urina para exames devem ser colhidas por punção do tubo de drenagem;
7. Para retirar o cateter (nos casos de obstrução ou ao término da cateterização) lavar as mãos e calçar luvas para procedimento não estéril, efetuar a limpeza externa com solução PVP-I;
8. Após desinsuflar o balão, retirar suavemente o cateter descartando-o junto com o sistema coletor

Valter Araújo

Dr. Valter Rótulo da Costa Araújo
Chefe do S.C.I.H. do H.G.C.R.

Dr. Valter Rótulo da C. Araújo
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
MATRICULA 340.800-0

Neusa Maria da Veiga Dias de Oliveira

Neusa Maria da Veiga Dias de Oliveira
Enfª. do S.C.I.H. do H.G.C.R.

Enfª Neusa Mª D. V. Oliveira
C.C.I.H. - H.G.C.R.
COREN 11364

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

LORIANÓPOLIS,, 11 DE MAIO DE 1992..

R O T I N A

ORIENTAÇÃO QUANTO AO CONTROLE DE INFECÇÃO URINÁRIA PÓS CATETERISMO VESICAL

O HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

1. Se no momento da colocação da sonda o paciente não tiver um PARCIAL DE URINA, deverá ser colhido urina para a realização deste exame;
2. Todos os paciente\$ com sonda vesical por quatro ou mais dias deverá colher urina no momento da retirada do cateter para: PARCIAL DE URINA;
3. Se os resultados mostrarem mais de 10 leucócitos por ml deverá ser feito urocultura com antibiograma e tratamento se necessário;
4. Os pedidos dos exames poderão ser feitos por Médico Residente, Médico Assistente, ou pelos Enfermeiros desde que em impressos previamente carimbados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Valter Araújo

Dr. Valter Rótulo da Costa Araújo
Chefe do Serviço de C.I.H. - HGCR

Dr. Valter Rótulo da C. Araújo
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
MATRÍCULA 349.900-0

Neusa Maria da Veiga Dias de Oliveira

Neusa Maria da Veiga Dias de Oliveira
Enfª. do S.C.I.H. do H.G.C.R.

Enfª Neusa Maria da Veiga Dias de Oliveira
C.C.I.H. - H.G.C.R.
COREN 11364

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Cordeiro, 11 de Maio de 1992.

R O T I N A

CUIDADOS COM OS PACIENTES COM CATETERIZAÇÃO DE VÊIA PROFUNDA
CUIDADOS DIÁRIOS

- Usar técnica asséptica para trocar o curativo, usando PVPI tópico no local da inserção do cateter;
2. Evitar mobilizar o cateter, pois, pode ocorrer penetração de germes na rede venosa;
3. Trocar as SOLUÇÕES a cada 24:00 HORAS e os EQUIPOS a cada 48:00 HORAS;
4. Manter sistema fechado, evitando manipulação das conexões. As medicações adicionais deverão ser feitas por punção do PONTO DE LÁTEX;
5. O mau funcionamento do sistema ou a diminuição da velocidade da infusão, pode significar COLONIZAÇÃO DE CATETER. Não injete solução para desobstruir o cateter.
6. Quando as punções forem perto de traqueostomia ou feridas supuradas, os cuidados deverão ser redobrados, a troca de curativo mais frequente.
7. Todos os frascos de fluídos injetados deverão conter rótulo com informações da solução, data, hora do preparo e assinatura. As soluções devem ser INSTALADAS IMEDIATAMENTE após o preparo;
8. Qualquer sinal de infecção devido a cateterização venosa, interrompa a terapia endovenosa e aplique solução alcoólica à base de PVP-I no local, deixe secar e retire o cateter assepticamente, corte a ponta com tesoura estéril e envie para cultura Quantitativa em frasco estéril. Este mesmo procedimento deverá ser feito sempre que for retirado o cateter do paciente (Cultura com Antibiógrama).
9. É de responsabilidade do Enfermeiro, o cuidado com todo ACESSO VENOSO CENTRAL.

1. Valter Rótulo da Costa Araújo

Neusa M^a. da V.D. de Oliveira